



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
CENTRO MEDICO ECATEPEC

IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATERICO QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM ECATEPEC.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

MC. EVELYN PATRICIA NAVA BOCANEGRA

ECATEPEC, EDO MÉX.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

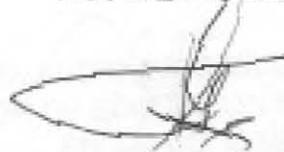
**IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON SÍNDROME
CLIMATERICO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITA REGIONAL ISSEMyM ECATEPEC.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

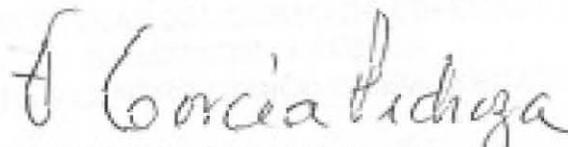
PRESENTA

MC. EVELY N PATRICIA NAVA BOCANEGRA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

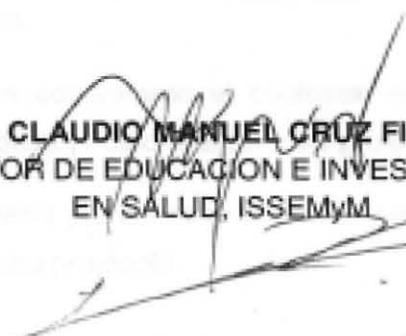
**IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATERICO QUE ACUDEN A
LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITA REGIONAL ISSEMyM ECATEPEC.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

MC. EVELY N PATRICIA NAVA BOCANEGRA

AUTORIZACIONES


DR. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD, ISSEMyM



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A CENTRO MEDICO ISSEMyM ECATEPEC


M. EN C. RICARDO FLORES OSORIO
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DE INVESTIGACION
CENTRO MEDICO ISSEMyM ECATEPEC


DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO
CORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC

I. RESUMEN

El climaterio es un proceso natural, lento y variable de una mujer a otra, que se desarrolla de forma progresiva a partir de cierta edad y que constituye una etapa más en el proceso evolutivo y desarrollo personal de la mujer. Durante este periodo se presentan cambios hormonales que ocasionan problemas de salud, acontecimientos personales, familiares y laborales que influyen en la calidad de vida de la mujer, por lo que el climaterio ha de plantearse desde una óptica biopsicosocial.

El subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia. Lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten y en el momento de afrontarlos y darles solución.

OBJETIVO: Identificar la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en pacientes con Síndrome Climatérico en el Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec.

MATERIAL Y METODO: Se realizó un estudio de tipo Descriptivo, Prospectivo, Observacional y transversal, en el que participaron 126 pacientes con Síndrome Climatérico derechohabientes del Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec, donde se aplicó el instrumento de evaluación de la funcionalidad en el subsistema conyugal, que evalúa funciones como lo son la comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

RESULTADOS: De las 126 pacientes con Síndrome Climatérico encuestadas se encontró el 66% con funcionalidad en el subsistema conyugal, el 21% con disfunción moderada y tan solo el 13% con disfunción severa.

CONCLUSIONES: La funcionalidad en el subsistema conyugal es una dinámica importante en la mujer en etapa climatérica, para mejorar su calidad de vida y bienestar emocional.

INDICE

I. RESUMEN.....	4
II. INDICE-.....	5
1. MARCO TEORICO.....	7
1.1. SINDROME CLIMATERICO.....	7
1.1.1. HISTORIA.....	8
1.1.2. DEFINICION.....	8
1.1.3. CLASIFICACION.....	9
1.1.4. EPIDEMIOLOGIA.....	10
1.1.5. FACTORES DE RIESGO.....	11
1.1.6. FISIOPATOLOGIA.....	12
1.1.7. MANIFESTACIONES CLINICAS.....	17
1.1.8. DIAGNOSTICO.....	25
1.1.9. PREVENCION.....	25
1.1.10. TRATAMIENTO.....	27
1.2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	39
1.2.1. MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	45
1.2.2. TEORIAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	46
1.2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	48
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	52
3. JUSTIFICACION.....	54
4. OBJETIVOS.....	57
4.1. OBJETIVOS GENERALES.....	57
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	57
5. DISEÑO METODOLOGICO GENERAL.....	58
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	58
5.2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	58
5.3. TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	58

5.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	58
5.5. DEFINICION DE VARIABLES Y CUADRO DE VARIABLES	59
5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	61
5.7 METODOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	56
5.8. PROCESAMIENTO ESTADISTICO.....	62
5.9. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS.....	63
6. CONSIDERACIONES ETICAS.....	64
6.1. DECLARACIÓN DE HELSINKI (VI).....	64
6.2. LEY GENERAL DE SALUD.....	70
7. RESULTADOS.....	77
8. DISCUSIÓN.....	102
9. CONCLUSIONES.....	104
10. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	106
11. BIBLIOGRAFIA.....	109
12. ANEXOS.....	112

1. MARCO TEÓRICO

1.1. SINDROME CLIMATERICO

1.1.1. HISTORIA

El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Ya en el Génesis se menciona la pérdida de la impureza mensual y en los papiros egipcios se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. También Abraham, en el Génesis, conocía el fallo de la reproducción cuando consideraba las pocas posibilidades de descendencia en las parejas que tenían mucha edad ⁽⁶⁾.

Hipócrates también menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones y Aristóteles en el año 322 a.n.e. (antes de nuestra era) describió en su Historia Animalium que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. También en el siglo VI a.n.e. Aecio de Amida describe que la menstruación cesa en la mujer en un período nunca anterior a los 35 años y por lo común hacia los 50. Otros escritos coinciden con esa etapa, como por ejemplo John Freind que en 1729 describió que el cese de la menstruación se llevaba a cabo alrededor de los 49 años. Esto, ya de por sí señala que la fecha de la menopausia que muchos autores modernos han creído que se iba haciendo más tardía, resulta que no, y que es constante desde tiempos remotos. Así, la historia natural de la menopausia sería extrañamente constante ⁽⁶⁾

El llamado Empty nest syndrome de los norteamericanos o Síndrome del nido vacío, aunque se conoce hace pocos años, existe desde siempre y es tan antiguo como el mundo. De por sí, la comparación encierra una gran belleza poética, con una gran dosis de verdad y de nostalgia, la que se produce como decía Dante, en el medio del camino de la vida. Colombat de L'Isere, en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: "Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan su templo, sólo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento" ⁽⁶⁾.

La vida media antiguamente y hasta casi el presente siglo, era mucho más corta, por lo que muchas mujeres morían antes del climaterio, y las que sobrevivían a la menopausia lo hacían como ancianas ⁽⁶⁾.

A través de la historia han variado ampliamente las actitudes y creencias respecto a la menopausia; se ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia en el siglo XIX, hasta una etapa de liberación en la que finaliza la etapa fértil de la mujer ⁽⁵⁾.

Se calculó que para el año 2000 puede haber en el mundo más de 700 millones de mujeres por encima de los 45 años. Los rápidos avances de la ciencia y la tecnología en los últimos 50 años han permitido que la expectativa de vida haya aumentado en forma progresiva, siendo ésta de 75 años para la mujer ⁽⁴⁾.

1.1.2. DEFINICION

El climaterio proviene del griego “climater”, que significa escalera, y es una etapa del desarrollo humano a la que internacionalmente se le han marcado unos límites que considera que se inician a los 35 años termina a los 65, aunque existen otras corrientes de pensamiento que consideran el climaterio como la etapa de la vida en la que se inicia el agotamiento de la función ovárica ⁽²⁾. Se puede considerar como el proceso de envejecimiento durante la cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva y cuando se presentan síntomas ⁽³⁾.

El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer donde se presentan cambios físicos, sociales y culturales, los cuales ponen a prueba su capacidad psíquica para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales necesarios que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo ⁽¹²⁾.

1.1.3. CLASIFICACION

Este periodo consiste en las etapas de transición conocidas como premenopausia, menopausia y posmenopausia ⁽⁹⁾.

Es importante diferenciar algunos conceptos como son:

- Climaterio: Periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2 a 8 años antes de la última menstruación, hasta 2 a 6 años después.
- Menopausia: Cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la fecha de la última menstruación y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años. Se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista ninguna otra causa patológica o fisiológica.
- Menopausia artificial: La que ocurre como consecuencia de la extirpación quirúrgica de los ovarios, con o sin histerectomía, o por la destrucción de las células germinales mediante radio o quimioterapia.
- Menopausia espontánea o natural: La que ocurre de forma gradual y progresiva por el normal envejecimiento ovárico.
- Menopausia precoz: La que ocurre antes de los 40 años.
- Menopausia tardía: La que ocurre después de los 55 años.
- Perimenopausia: Incluye el periodo anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones indicativas de que se aproxima la menopausia) y el primer año tras la menopausia.
- Premenopausia: Etapa de 2 a 8 años previa a la menopausia, que puede cursar con o sin sintomatología.
- Posmenopausia inmediata: Periodo de 12 meses desde la última menstruación.
- Posmenopausia establecida: Periodo a partir de los 12 meses desde la última menstruación ⁽¹⁾.

Podemos dividir al climaterio en tres etapas: los primeros diez años (35-45) el climaterio temprano, los segundos diez años (45-55) climaterio peri menopáusico y los últimos diez años (55-65) climaterio tardío ⁽²⁾.

1.1.4. EPIDEMIOLOGIA

La población de mujeres climatéricas es muy numerosa y los datos demográficos reflejan que aumentan de manera constante ⁽¹⁾. En México, la esperanza de vida en el año 2005 se estableció en 79 años de edad para la mujer y se espera que para el 2010 sea de 80 años. Se espera que para el 2035, una de cada tres mujeres mexicanas estará en la etapa del climaterio o en la posmenopausia, y con expectativa de vida de 83.4 años ⁽⁵⁾.

Los cambios epidemiológicos y demográficos a nivel mundial han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres. La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que para el año 2030, 1.2 billones de mujeres en el mundo tendrán más de 50 años ⁽⁷⁾.

En México, la menopausia sucede, en promedio, a los 47.6 años, con límites entre 41 y 55 años. Se apreció que las mujeres que viven en ciudades con altitud de 2,000 m o más sobre el nivel del mar, llegan a la menopausia antes que las que viven en ciudades de menor altitud ⁽⁵⁾.

Se analizan los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el censo del 2000 había 6, 776,314 mujeres mayores de 50 años, y en el 2005, de acuerdo con el recuento de población, publicado por el INEGI en 2006, había 8, 195,864, lo que representa un aumento de 17.3% de la población femenina mayor de 50 años, en tan sólo cinco años. Si consideramos las tendencias del Consejo Nacional de Población (CONAPO), que en el 2010 habría cerca de 10, 015,562 mujeres en esta etapa de la vida, en tan sólo 10 años (2000-2010) aumentará la población de mujeres de 50 años o más en 35.4%, en relación con el censo realizado a principios de este siglo ⁽⁵⁾.

El climaterio puede entenderse como un problema importante de salud pública por las grandes repercusiones que a largo plazo tiene la carencia estrogénica, nuestro país no escapa a ello ⁽⁴⁾.

1.1.5. FACTORES DE RIESGO

La disminución de la actividad folicular o pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer es la manifestación del envejecimiento reproductor, la edad inicio oscila entre los 35-45 años. Los factores que más influyen en la edad de presentación del climaterio son los antecedentes heredofamiliares ⁽³⁾.

Existen factores no modificables:

- Raza
- Menopausia inducida
- Padecimientos crónicos
- Antecedente familiar de síndrome climatérico

Factores modificables

- Obesidad
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Escolaridad
- Ambiental
- Historia de ansiedad y/o depresión
- Identificación de comorbilidades.
- Nivel sociocultural
- Población urbana
- Ingreso económico
- Altitud mayor a 2,400 m sobre el nivel del mar (no comprobado)
- Vivir en zonas cálidas (de altas temperaturas)
- Alimentación excesiva en calorías, con predominio de grasas y proteínas de origen animal
- Constitución corporal
- Índice de masa corporal bajo (menor de 18)
- Índice de masa corporal alto (mayor de 30)

- Factores psicológicos
- Historia de alteraciones de conducta
- Factores ginecológicos
- Antecedente de oligomenorrea
- Menarquia tardía
- Atrofia vaginal
- Antecedente de cirugía ovárica
- Acentuación del síndrome premenstrual en mujeres mayores de 35 años
- Alteraciones urogenitales

Otros factores:

- Antecedente de quimioterapia o radioterapia
- Consumo de medicamentos que afectan la función ovárica
- Enfermedades auto inmunitarias (tiroides, etc.)⁽⁵⁾.

Las mujeres que viven en ciudades con altitud de 2,000 m o más sobre el nivel del mar, llegan a la menopausia antes que las que viven en ciudades de menor altitud. La hipótesis de esta situación es que al existir niveles de saturación de oxígeno cercanos a 85%, tienen concentraciones menores de estradiol y progesterona, porque la hipoxia afecta el metabolismo del folículo y favorece la secreción de endotelina-1, que inhibe la luteinización del folículo ⁽⁵⁾.

1.1.6. FISIOPATOLOGIA

Durante el climaterio, se producen cambios hormonales que, en general, se correlacionan clínicamente con cambios en los ciclos menstruales ⁽¹⁾.

Se pueden establecer 3 fases:

- En una primera fase las concentraciones de estrógenos pueden estar disminuidas o ser normales. La reducción progresiva de los folículos ováricos y su menor sensibilidad a la hormona folículo estimulante (FSH), lleva a que se produzcan menos estrógenos. Este hecho hace que

aumenten los niveles de FSH para conseguir la maduración folicular. Esta maduración se produce de forma irregular, dando lugar a un acortamiento de los ciclos (proiomenorrea). Además, el aumento de FSH puede ser debido a que la reducción progresiva de los folículos determina una menor producción de la inhibina, hormona que fisiológicamente produce una supresión selectiva de la liberación de FSH, lo que explica que la FSH aumente y los niveles de estrógenos puedan ser normales en esta fase ⁽¹⁾.

- En una segunda fase las concentraciones de estrógenos continúan disminuyendo y la FSH continúa aumentando. En esta etapa son frecuentes los ciclos anovulatorios. No se produce progesterona por lo que no hay oposición a los estrógenos en el endometrio, respondiendo éste como si existiese un hiperestrogenismo y apareciendo una hipermenorrea ⁽¹⁾.
- En una tercera fase la reducción progresiva de los estrógenos conduce a la instauración definitiva de la amenorrea. La concentración de la FSH sigue aumentando haciendo que se invierta el cociente FSH/LH. Tanto los valores de estradiol como de estrona disminuyen, pero es en la posmenopausia cuando el descenso de la estrona es menor que el de estradiol, por lo que ésta se convierte en el estrógeno principal. Aproximadamente a los 6 meses de la menopausia los niveles de estradiol se estabilizan, siendo sus valores similares a los que aparecen tras la extirpación ovárica, por lo que se cree que dicho estradiol es producto de la conversión periférica de otros estrógenos como la estrona y la testosterona. Tras la menopausia, y hasta 1-3 años después, la FSH alcanza hasta 10-20 veces su valor basal y la hormona luteinizante (LH) aumenta hasta 3 veces, para posteriormente ir disminuyendo progresivamente ⁽¹⁾.

La depleción de estrógenos, generará una subsiguiente depleción de neuroaminas estrógeno dependientes, que en determinadas áreas del sistema nervioso central funcionan como moduladoras sobre la respuesta de vigilancia, esto explicará alteraciones tales como la irritabilidad, insomnio, ansiedad, mayor respuesta al estrés, todo lo que indudablemente afecta el comportamiento global y sexual de la paciente. El hipoestrogenismo también ocasionará una disminución del triptófano a

nivel del sistema nervioso central, lo que se vincula a una disminución de la actividad serotoninérgica, lo que explica alteraciones del humor (depresión), así como variaciones en los centros del placer y la saciedad. También se comprobó una disminución de los receptores dopaminérgicos vinculados al déficit estrogénico, esto alterará la sensibilidad del dolor ⁽¹⁾

Durante el climaterio ocurren varios cambios en los ejes neuroendócrinos: hipotálamo-hipófiso-ovárico (HHO): menopausia, HHsuprarrenal (caída de dehidroepiandrosterona): adrenopausia y predominio de hipertensión HHcortisol en la reacción de estrés, caída GH/ IGF-I (hormona de crecimiento/ factor de crecimiento insulino similar): somatopausia ⁽⁸⁾.

A todos estos cambios neuroendócrinos deben sumarse los del estilo de vida en esta etapa particular: sedentarismo progresivo, alteraciones dietéticas, tabaquismo, alcoholismo y síndrome del nido vacío. Todos estos cambios están en íntima relación con el síndrome de resistencia a la insulina ⁽⁸⁾.

Durante el proceso de envejecimiento existen cambios en la composición corporal: la masa muscular y ósea disminuyen y aumenta la masa grasa. En la pérdida de la masa muscular (sarcopenia) influyen críticamente la progresiva caída de la hormona de crecimiento (GH) y de su mediador, el factor de crecimiento insulino-similar (IGF-1), y la disminución de la actividad física. El conjunto de estas alteraciones determinadas por la somatopausia lleva a la ganancia de grasa corporal y a la pérdida de masa magra (músculo y hueso) durante el climaterio. Por lo que la actividad física y el eje de la hormona de crecimiento son fundamentales para el mantenimiento del músculo, hueso y tejido conectivo ⁽⁸⁾.

Los estrógenos y GH sinergizan sus acciones a nivel óseo y a nivel del metabolismo de la vitamina D en la absorción de calcio a nivel intestinal, el E2 (17β estradiol) inhibe la acción lipolítica abdominal así como también la GH ⁽⁸⁾.

Se ha demostrado que la mujer en etapa de la gonadopausia, sufre un agudo aumento de peso, normalmente los estrógenos modulan en forma negativa la actividad lipolítica abdominal y en forma positiva la actividad lipolítica fémoro

glútea, durante el climaterio y la menopausia se presenta lo contrario es decir una redistribución central de la grasa, así como un aumento de la misma ⁽⁸⁾.

La adiposidad central está relacionada con una mayor prevalencia de patologías o factores de riesgo asociados al síndrome metabólico (entre otros, hipertrigliceridemia, aumento del LDL- colesterol, hipertensión arterial) ⁽¹⁰⁾.

La insulina se eleva con el aumento de la grasa visceral, fundamentalmente debido a la resistencia insulínica determinada por el alto recambio de ácidos grasos libres que presenta este tejido, esto determina un riesgo aterogénico y diabético ⁽⁸⁾. El hipoestrogenismo, por su parte, lleva a una disminución progresiva del número y sensibilidad de los receptores de insulina ⁽¹⁰⁾.

La insulinoresistencia aumenta la lipólisis produciendo elevación de ácidos grasos no esterificados que generarán, a nivel hepático, incremento de la síntesis de triglicéridos y VLDL con reducción del HDL y aumento del colesterol LDL, favoreciendo así el factor aterogénico ⁽¹⁰⁾.

La caída de los estrógenos durante el climaterio se origina un perfil lipídico desfavorable. El incremento en la actividad de la lipasa hepática subsecuente a la disminución de la secreción estrogénica, favorece una mayor concentración de triglicéridos circulantes, e incrementa las partículas más pequeñas y densas de LDL (lipoproteínas de alta densidad) colesterol que son las más aterogénicas así como también el paso de IDL colesterol a LDL colesterol y el aumento del catabolismo del colesterol HDL2 ⁽¹⁰⁾.

La insulinoresistencia se acompaña de un incremento en los niveles y en la actividad del inhibidor del activador del plasminógeno y en las concentraciones circulantes de proteína C reactiva. El incremento de ambos se ve favorecido por la mayor distribución de la grasa a nivel abdominal, esto favorece un desbalance en el equilibrio de la hemostasia, generando un mayor estado protrombótico en la mujer ⁽¹⁰⁾.

En resumen, los cambios hormonales determinan un aumento de peso dado por una pérdida de masa magra (músculo esquelético y hueso) y un aumento de masa grasa, con una distribución abdominal o central y un perfil aterogénico en las lipoproteínas, respuesta endotelial y coagulación ⁽⁸⁾.

Muchas mujeres son portadoras de una predisposición genética para padecer síndrome metabólico y durante el hipoestrogenismo se desenmascara dicho síndrome, con mayor riesgo a padecer otras enfermedades ⁽¹⁰⁾.

Otro hecho muy importante durante el climaterio es la relación que existe entre la leptina y los estrógenos, la leptina es una hormona secretada por el tejido adiposo que modula el balance energético y la ingesta de alimentos. La leptina inhibe la liberación hipotalámica del neuropéptido Y (NPY) y activa el sistema nervioso simpático (SNS). Esto último estimula la lipólisis del tejido adiposo, existiendo numerosos puntos de contacto entre la leptina y el E2. Los niveles de leptina plasmática son mayores en las mujeres que en los hombres. La disminución de la modulación positiva del gen de la leptina durante el climaterio podría influenciar en la caída del gasto energético ⁽⁸⁾.

Durante la menopausia existe hipersensibilidad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal por varios motivos: mayor incidencia de depresión, predominio de estresantes como el cigarrillo, alcoholismo, etcétera, ganancia de grasa visceral, además de la caída de la vía 5 delta-esteroidea. Se ha demostrado asociación entre consumo de alcohol y depresión con la ganancia de grasa visceral. El predominio de sociedades envejecidas, obesas, sedentarias, con hipertensión del eje HHadrenal y expresión de las patologías del síndrome de resistencia insulínica se ha llamado el síndrome de la civilización ⁽⁸⁾.

Los factores de riesgo vinculados al climaterio y al descenso de 17β estradiol: ganancia de grasa visceral, dislipidemia con alteración fenotípica de LDL hacia formas densas o tipo B, aterogénicas, y descenso de HDL colesterol, alteración en la lipemia posprandial, discoagulación: es decir aumento de factores procoagulantes: fibrinógeno, factor VII, agregabilidad plaquetaria, disfunción

endotelial, hipertensión arterial y aumento de resistencia vascular periférica, aumento de los valores basales de insulinemia, disminución de sex hormonebinding globulin (glóbulos transportadores de hormonas sexuales) (SHBG), podemos concluir que el síndrome metabólico del climaterio se asemeja en mucho al de resistencia a la insulina ⁽⁸⁾.

1.1.7. MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas climatéricos se caracterizan por múltiples cambios somáticos y anímico-afectivos, que son el resultado de la deficiencia paulatina en la producción de estrógenos por una inadecuada respuesta de la estimulación hacia los ovarios. Estos cambios se asocian con una mala calidad de vida. Así, debido a que los tejidos sensibles a las hormonas se ven privados de los estrógenos, los receptores de estrógenos no ejercen su efecto sobre los órganos urogenitales, los huesos, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central, lo que produce atrofia de los tejidos que se traduce, clínicamente, en los síntomas disfuncionales de la posmenopausia ⁽⁹⁾.

ALTERACIONES MESTRUALES

Las formas de presentación de las alteraciones menstruales más frecuentes durante el climaterio son:

- Proiomenorrea o polimenorrea: Ciclos menores de 21 días.
- Hipermenorrea o menorragia: Menstruación con sangrado intenso o prolongado.
- Metrorragia: Sangrado fuera de la menstruación.
- Amenorrea: Ausencia de menstruación ⁽¹⁾.

ALTERACIONES VASOMOTORAS

Se describen comúnmente como “sofocos”. Consisten en una sensación subjetiva de calor, que se extiende desde el tórax y los brazos hacia la cara, y que se acompaña frecuentemente de enrojecimiento, sudoración, escalofríos y en

ocasiones de palpitaciones. Los síntomas vasomotores intensos se asocian a alteraciones del sueño, cefaleas o vómitos ⁽¹⁾.

Se producen por una alteración del centro termorregulador “a la baja”, ubicado en el hipotálamo que hace que se pongan en marcha mecanismos para disminuir la temperatura como la vasodilatación sanguínea y cutánea ^(1,2). Los estrógenos son estabilizadores del centro termorregulador y la deprivación estrogénica crea una deprivación opioide con inestabilidad termorreguladora, varios neurotransmisores están envueltos en la vía termorreguladora como la norepinefrina que es responsable de bajar el centro termorregulador, los estrógenos actúan estimulando la síntesis de norepinefrina e impiden su degradación mediante la inhibición de la actividad monooxidasa, el consiguiente aumento de la actividad alfa adrenérgica, lo que explica la acción retardada de los estrógenos sobre los sofocos ⁽²⁾.

Sudores nocturnos: son bochornos severos, que ocurren en la noche, ya que en esos momentos se encuentran cubiertas con ropa de dormir, es muy probable que despierten bañadas en sudor ⁽¹¹⁾. Estas sofocaciones afectan al 80% de las mujeres menopaúsicas, y aun 25-50% de ellas le duran 5 años o más ⁽²⁾.

ALTERACIONES GENITALES

La disminución de los estrógenos hace que la mucosa vaginal se atrofie, perdiendo glándulas secretoras, rugosidad y espesor. Asimismo, la vagina se acorta debido a la regresión del cérvix y la vulva y el introito pierden elasticidad. Estos cambios generan, en ocasiones, síntomas como sequedad vaginal, prurito, dispareunia, vulvovaginitis ya que la piel de la vulva y el revestimiento de la vagina se tornan más delicados y susceptibles a la infección y a las escoriaciones ^(1, 2,11).

SINTOMAS URINARIOS

La uretra y la vejiga tienen también receptores estrogénicos, que se localizan en el epitelio de la base vesical y de la uretra, así como en el tejido conectivo y el musculo estriado de las estructuras de soporte perianales por lo que la mucosa de

la uretra y la vejiga se atrofian y disminuye el tono de la musculatura perianal. Uno de los síntomas urinarios más importante es la incontinencia urinaria (IU) ^(1,2).

Los mecanismos por los que los estrógenos afectan a la incontinencia son:

- Incrementan la resistencia uretral
- Aumenta el umbral de sensibilidad de la vejiga
- Incrementa la sensibilidad de adrenerreceptores en el musculo liso uretral
- Promueve la relajación medida por adrenerreceptores del musculo detrusor
- A nivel vesical afecta directamente la función del detrusor a través de modificaciones en los receptores muscarinicos y por inhibición del movimiento extracelular de iones de calcio dentro de la célula muscular. El estradiol reduce la amplitud y la frecuencia de contracciones rítmicas espontaneas del detrusor.
- A nivel uretral mejoran el índice de maduración del epitelio escamoso uretral. Parece ser que los estrógenos incrementan la presión del cierre uretral y mejoran la presión de transmisión de la uretra proximal, acciones que promueve la incontinencia
- Los estrógenos influyen en la síntesis de la colágena tipo 1 del tejido conectivo del sistema urogenital bajo ⁽²⁾.

La disminución de los estrógenos se sigue de una perdida de parte de tejido conectivo de los ligamentos pelvianos, afectando principalmente los uterosacos y los transversos, produciendo una pérdida de soporte de tejido conectivo vaginal y vesical con separación de la unión uretrovesical y su ángulo posterior y disminuyendo la resistencia y la presión uretral debido a la atrofia del urotelio de modo que cualquier aumento brusco de la presión abdominal favorece la perdida involuntaria de la orina. Esta pérdida de colágena es más rápido en el primer año de la posmenopausia y se mantiene durante los siguientes años a un ritmo más lento alcanzando el 30% a los 5 años ⁽²⁾.

En resumen la disminución de estrógeno genera la atrofia de la mucosa uretral, genera la disminución de la integridad vascular del tracto urinario inferior

(submucosa), ocasionando una disminución de la colágena y de la sensibilidad del musculo liso uretral a la estimulación alfa-adrenérgica ocasionando la incontinencia urinaria ⁽²⁾.

Clasificación de la Incontinencia Urinaria:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): Pérdida involuntaria de orina durante actividades que aumentan la presión intraabdominal (ejercicio, tos, estornudos, risa, coger peso). Cursa sin contracción del detrusor de la vejiga.
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): Pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo repentino y fuerte de orinar (urgencia o síndrome de vejiga hiperactiva). Se asocia a contracciones involuntarias del detrusor de la vejiga. La causa más frecuente de IUU de reciente aparición es una infección del tracto urinario que se resolverá tras el tratamiento antibiótico adecuado sin más estudios.
- Incontinencia urinaria mixta (IUM): Combinación de las dos anteriores ⁽¹⁾.

DISFUNCION SEXUAL

Con la edad, se presenta un descenso general de la actividad sexual en ambos sexos; y aunque existe una considerable variedad individual, es importante determinar las causas y factores asociados a las alteraciones sexuales en mujeres climatéricas, ya que dichas alteraciones se presentan con una alta prevalencia hasta en un 31%, cuatro de cada 10 mujeres pueden verse afectadas por una disfunción sexual, entendiéndola como aquella que se produce en la relación sexual por trastornos del deseo sexual, orgasmo y/o dolor ⁽¹²⁾.

La etiología de la disfunción sexual presente en esta etapa de la vida no solo obedece a la endocrinopatía secundaria a la claudicación gonadal, sino que también se intrinca con los factores psicológicos y sociales. Además, no podemos olvidar que, igual que la fertilidad, la respuesta sexual humana es habitualmente una función de la pareja, y obviamente que la salud global y particularmente sexual del compañero afectarán positiva o negativamente la salud de la mujer ⁽¹³⁾.

Se describen cambios mayores, menores y accesorios de la función sexual vinculados con el síndrome climatérico, que son los siguientes:

CRITERIOS MAYORES

- Deterioro de la respuesta sexual
- Disminución de la libido
- Disminución del deseo sexual
- Disminución y/o calidad de los orgasmos
- Disminución de la frecuencia coital
- Disminución del interés sexual global
- Disminución de la lubricación vaginal pericoital

CRITERIOS MENORES

- Disminución de las fantasías sexuales
- Disminución de los contactos eróticos (no coitales)
- Cambios en menos de la actividad y respuesta coital
- Disminución de la satisfacción sexual
- Sensación de dificultad para alcanzar el clímax
- Dispareunia

CRITERIOS ACCESORIOS

- Hipotrofia de los órganos involucrados en la respuesta sexual
- Deterioro de la autoestima y la autoimagen corporal
- Disfunción sexual orgánica psicógena de la pareja
- Imposibilidad sexual de la pareja por enfermedad
- Enfermedad psicológica: ansiedad, depresión, estrés
- Enfermedad orgánica o crónica: cáncer, cirugía, diabetes, etc ⁽¹³⁾.

A nivel vaginal se aprecia una disminución de su elasticidad, así como una atrofia de la mucosa vaginal (vaginitis atrófica del climaterio), secundaria al hipoestrogenismo, la que es responsable de dispareunia, sinusorragia y síntomas asociados. Junto con estos cambios se aprecia una disminución del tejido adiposo hipodérmico de labios mayores y monte de Venus (también estrógeno dependiente), lo que disminuye la elasticidad y amortiguación de la respuesta sexual. El cuello y cuerpo del útero, junto con los parametrios tienen una marcada pérdida de su elasticidad, lo que disminuye la capacidad del “efecto tienda”, así como la respuesta se torna más dolorosa. Se agrega una disminución de la irrigación vaginal, así como también la respuesta vascular del mismo ⁽¹³⁾.

Se apreciará además un declinar físico dado por obesidad, disminución de la tensión hipodérmica haciéndose las mamas más péndulas. La disminución del flujo sanguíneo vaginal disminuye su contenido líquido normal, su capacidad lubricante y alcaliniza el pH, todo esto empobrece la respuesta de la mucosa vaginal ⁽¹³⁾.

La piel en general sufre deterioro, resequedad, disminución de la sensibilidad, cuanto más la piel sexual sufrirá deterioros sutiles pero evidentes que afectan su sensibilidad, y por ende la respuesta sexual ⁽¹³⁾.

Se demuestra que la disminución de los estrógenos se asocia a una disminución de la frecuencia coital y la disminución de los andrógenos con disminución del deseo sexual. El déficit de progesterona no parece tener efectos demostrables sobre la respuesta sexual. ⁽¹³⁾. Los estrógenos no parecen intervenir entonces en el deseo sexual, su déficit está más relacionado con la disminución en la excitación por su repercusión en el flujo sanguíneo, lubricación vaginal, induciendo a coitos dolorosos que indirectamente pueden ocasionar una disminución del deseo ⁽²⁾.

Existe un incremento absoluto (leve), o relativo (importante) de los andrógenos, particularmente androstenediona y testosterona, hecho vinculado a la aparición de algunos cambios virilizantes de la anatomía femenina (sequedad de piel, mayor

grasitud cutánea, hirsutismo, etc) en algunas mujeres, en otras también se asiste a una disminución de dicha hormona. Sabemos que esta hormona se vincula a la respuesta sexual a través de la modulación a nivel central de la libido, pues bien, en mujeres con disminución de testosterona, se aprecia una marcada disminución⁽¹³⁾.

No solo la disfunción biológica afecta a las mujeres con síndrome climatérico, afectando también factores psicológicos. El sentimiento de la mujer como “menos femenina” y por lo tanto “menos deseada”, generará una actitud negativa hacia su sexualidad que terminará alejándola de la actividad sexual. Muchas veces el climaterio es el desencadenante para que afloren de trastornos psicológicos previos compensados⁽¹³⁾.

SINTOMAS OSEOS

La pérdida de masa ósea ocurre antes en las mujeres y se acelera al cesar la producción estrogénica. Inicialmente el ritmo de pérdida aumenta en la Perimenopausia y en los años inmediatamente posteriores, para posteriormente disminuir e igualarse al de los varones. La edad y el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia son los predictores más importantes de la densidad mineral ósea (DMO)⁽¹⁾.

Entre las numerosas definiciones de osteoporosis, la más aceptada internacionalmente es la de la Conferencia de Consenso de 2001 de los National Institutes of Health (NIH)⁵, que la definen como un trastorno del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea que predispone a un incremento del riesgo de fractura. El concepto de resistencia ósea integra tanto aspectos cuantitativos (tamaño del hueso y DMO) como cualitativos (macro y micro arquitectura ósea, remodelado óseo, mineralización y presencia de micro lesiones)⁽¹⁾.

La consecuencia más importante de la osteoporosis es la fractura. Las fracturas por fragilidad pueden suceder en cualquier localización excepto en la cara o los

dedos. Si bien las fracturas vertebrales son las más frecuentes, son las de cadera las que causan una mayor morbilidad ⁽¹⁾.

Los estrógenos cumplen una importante función de preservación de la resistencia de los huesos; después de la menopausia, los huesos tienden a volverse más débiles, por esta razón las ancianas pierden estatura al envejecer y por la cual aumenta el riesgo de fracturarse un hueso en una caída ⁽¹¹⁾.

SINTOMAS PSICOLOGICOS

En esta etapa los síntomas que suelen estar precedidos por un estado anímico depresivo, frecuentemente con irritabilidad, labilidad emocional, nerviosismo, intranquilidad, trastornos del sueño, cansancio y la aparición de dolor, que a menudo carecen de una base orgánica demostrable, así como trastornos del deseo sexual como ya se explicó anteriormente ⁽²⁾.

Las condiciones personales y ambientales de adaptación a esta etapa de la vida de la mujer van a influir de forma significativa en sus manifestaciones clínicas de tipo psicológico, así como la presencia de comorbilidades, teniendo un impacto negativo en la calidad de vida de estas mujeres ⁽²⁾.

Sin embargo, los cambios emocionales pueden ser ocasionados por las situaciones siguientes:

- Desajustes en la relación de pareja
- Divorcio o viudez
- Cuidado de los nietos
- Enfrentamiento con los adolescentes
- Crecimiento de los hijos y el abandono del hogar
- Envejecimiento de la pareja
- Problemas de tipo laboral
- Alteraciones en la autoestima
- Pensamientos acerca de su propia mortalidad y del propósito de vida ⁽¹⁴⁾.

1.1.8. DIAGNOSTICO

El diagnóstico del síndrome del climaterio es clínico, se debe realizar un interrogatorio dirigido a los síntomas más comunes en el climaterio para detectar cuales son secundarios al hipoestrogenismo ⁽³⁾.

Valoración inicial

- Anamnesis completa (personal y familiar).
- Exploración general, registrando peso, talla y tensión arterial.
- Exploración de mamas.
- Analítica general: hemograma, glucemia, creatinina, pruebas de función hepática, perfil lipídico, examen general de orina.
- Citología cervical
- Mamografía ⁽³⁾.

Se pueden realizar exámenes de orina y de sangre para medir los niveles hormonales:

1. Estradiol
2. FSH (Hormona Folículo Estimulante)
3. LH (Hormona Luteinizante)

Se puede realizar un examen de densidad ósea para evaluar niveles de baja densidad en los huesos que se ven en la osteoporosis ⁽³⁾.

Para llevar un adecuado registro se deberá entregar y llenar la Cartilla Nacional de la Mujer ⁽¹⁴⁾.

1.1.9 PREVENCIÓN

Las actividades de prevención primaria deberán estar encaminadas principalmente a lograr un cambio favorable en el estilo de vida, para atenuar el impacto del síndrome climatérico y para modificar los factores de riesgo de osteoporosis, cáncer de mama y de endometrio, etc, con el fin de que los efectos de estas enfermedades en la salud de las mujeres sean los mínimos posibles ⁽¹⁴⁾.

La información y la educación se les brindaran a mujeres mayores de 35 años sobre los siguientes aspectos:

PREVENCION PRIMARIA

- Explicar cambios físicos y emocionales que ocurren durante esta etapa.
- Realizar historia clínica completa, exploración ginecológica básica
- Explicar factores de riesgo
- Medidas de detección oportuna para cáncer de mama y cáncer cervicouterino
- Suprimir hábitos nocivos como el tabaquismo y alcoholismo
- Exposición diaria al sol (15 minutos)
- Moderado consumo de café y otros estimulantes
- Dieta rica en calcio 1000-1500mg diarios
- Promover actividades de acondicionamiento físico para evitar el sedentarismo
- Promover medidas higiénico dietéticas
- Evitar la obesidad y el sobrepeso
- Educar para el autocontrol de estrés
- Prevención y detección oportuna de otras enfermedades crónicas degenerativas ⁽¹⁴⁾.

PREVENCION SECUNDARIA

- Realizar densitometría ósea, de existir indicación medica
- Realizar mastografía
- Realizar estudios metabólicos
- Vigilancia permanente
- Manejo y referencia oportuna al siguiente nivel de atención con alguna enfermedad concomitante que no respondan al manejo terapéutico inicial.

PREVENCION TERCIARIA

- Manejo a base de rehabilitación física y psicológica en caso de requerirse (14).

1.1.10 TRATAMIENTO

El manejo deberá ser individualizado a cada caso en particular, y podrá ser modificado a lo largo de la vida de la mujer, con la finalidad de adaptarlo a sus necesidades. Se iniciará tratamiento farmacológico de corto plazo (menos de 5 años) para la prevención y/o manejo de la inestabilidad vasomotora, la atrofia genitourinaria y los síntomas derivados de ellos, cuando la mujer lo decida y no existan contraindicaciones. Dicho tratamiento puede ser hormonal y no hormonal (14).

TRATAMIENTO HORMONAL

La Terapia Hormonal se indica básicamente para mejorar la sintomatología que presentan las pacientes durante esta etapa, así como medida preventiva para la disminución de enfermedades por hipoestrogenismo, mejorar la calidad de vida y como prevención secundaria para patologías como osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, Alzheimer, etc (30).

La Terapia Hormonal incluye distintas formas de estrógenos con o sin progestágenos, así como los progestágenos de forma aislada y la tibolona, existiendo diferentes esquemas de terapia hormonal combinada:

Terapia secuencia

- Terapia cíclica (estrógeno del día 1-25 + progestágeno en últimos 10-14 días del ciclo de terapia estrogénica)
- Cíclico-combinada (estrógeno diario + progestágeno diario)
- Continua cíclico (estrógeno diario + progestágeno 10-14 días de cada mes)

La Terapia Hormonal en forma de pauta cíclica o secuencial se considera adecuada para mujeres que presentan menopausia antes de los 45 años, premenopáusicas y hasta 1-2 años ⁽³⁰⁾.

La pauta cíclica, al reproducir el patrón de secreción hormonal ovárica y actuar de forma muy similar sobre el endometrio, origina una elevada frecuencia de sangrado regular, lo cual en algunos casos garantiza la estabilidad emocional, psicológica y social de la mujer después de la última menstruación ⁽³⁰⁾.

Terapia secuencial de ciclo largo:

- Continuo cíclico (estrógeno diario + progestágeno 14 días cada 2 a 6 meses)
- Continuo combinado (estrógeno diario + progestágeno diario)
- Intermitente combinado (estrógeno diario + progestágeno en ciclos repetidos de 3 días con y 3 días sin) ⁽¹⁴⁾

La administración de Terapia Hormonal en pauta continua estaría indicada en mujeres a partir de los 1 ó 2 años de amenorrea. Al parecer, estas pautas protegen el endometrio en mayor medida que los regímenes secuenciales, por lo que se recomiendan para tratamientos a largo plazo ⁽³⁰⁾.

En nuestro medio de la Consulta Externa los esquemas más recomendados son:

- La terapia cíclica continua (secuencial) el estrógeno se utiliza todos los días con el agregado de progesterona 10-14 días por mes.
- La terapia continua combinada, se emplea dosis fijas de estrógeno y progestágeno diariamente ⁽¹⁴⁾.

En la pauta continúa se consideran aceptables las hemorragias irregulares durante el primer año de tratamiento. Si éstas persisten, realizar un estudio endometrial. ⁽²⁹⁾

En la pauta cíclica se consideran normales aquellas hemorragias que aparecen a partir del día 10 tras iniciar el progestágeno y, cuya cantidad y duración es similar

o inferior a las menstruaciones de la etapa fértil. En caso contrario, ajustar la dosis del progestágeno aumentándolos días y/o la dosis diaria. Si éstas persisten, realizar un estudio endometrial. ⁽²⁹⁾

La terapia hormonal combinada está indicada en mujeres con útero íntegro para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio, sin embargo si se indica por más de 4 años se debe tener una vigilancia estrecha por el alto riesgo a padecer cáncer de mama ⁽³⁾.

Existen diversas vías para la administración de estrógenos y progestágenos, siendo las más comunes la oral y la parenteral (percutánea, transdérmica, intravaginal). Las vías parenterales presentan la ventaja de evitar el efecto de primer paso hepático, estando especialmente indicadas en mujeres con antecedentes de patología hepatobiliar, elevación de triglicéridos, aumento de factores de coagulación, hipertensión, que reciban tratamiento con medicamentos que actúan como inductores enzimáticos, o en aquellas con problemas de deglución o de absorción de las formas orales. Por lo que la vía transdérmica es la de elección ⁽¹⁵⁾.

El uso de estrógenos de acción local por vía vaginal puede indicarse a cualquier edad y utilizarse por periodos prolongados de tiempo para alivio de la sintomatología urogenital, ya que revierte parcialmente la atrofia vaginal, aumentando el grosor y la rugosidad de la mucosa, restableciendo el volumen del fluido vaginal y el pH ⁽¹⁵⁾.

A los 3-6 meses de iniciado el tratamiento, valorar la posible aparición de efectos secundarios, el patrón de sangrado, el control de los síntomas vasomotores, el apego al tratamiento ⁽²⁹⁾.

No se recomienda el Terapia Hormonal a medio-largo plazo, debido a los potenciales riesgos asociados que comporta, y/o a la ausencia de beneficios (tromboembolismo, cardiovascular, accidentes cerebrovasculares, cáncer de mama, deterioro cognitivo, demencia, alteraciones de la vesícula biliar, cáncer de ovario y de endometrio) ⁽²⁹⁾.

La contraindicación definitiva para el uso de Terapia Hormonal son la presencia de tumores estrógeno dependientes, enfermedad hepática grave, tromboembolismo activo ⁽²⁹⁾.

La dosis que se debe de iniciar es la mínima y se debe ir ajustando dependiendo la respuesta sintomática ⁽¹⁵⁾.

DOSIS DE INICIO:

ESTROGENOS

- Estradiol oral: 0.5-1.0mg
- Estrógenos conjugados: 0.3-0.625mg
- Ethinyl estradiol 2.5mcg
- Estradiol transdérmico: 25-50µg
- Estradiol gel: 0.5-1.0mg

PROGESTAGENOS

- Acetato de Medroxiprogesterona 2.5-5mg
- Progesterona 100-200mg
- Clormadinona 2-5mg
- Drospirenona 2mg
- Trimegestona 0.125-0.250mg
- Levonorgestrel 20µ/día

La duración depende de la indicación del tratamiento, así como el tipo, la dosis y la vía de administración deben ser evaluadas anualmente. La mantención del tratamiento para el alivio de la sintomatología puede ser evaluada con la suspensión temporal de la terapia después de 2 o 3 años de uso ⁽¹⁵⁾.

Para prevención y tratamiento de osteoporosis la terapia hormonal es una buena alternativa ⁽¹⁵⁾.

La evidencia médica actual aun no avala el uso de progestinas en ciclos largos cada 3 meses, con dosis baja de sustitución estrogénica se puede utilizar dosis

menores de progestina. Las progestinas afectan negativamente los factores de riesgo cardiovasculares ⁽¹⁵⁾.

Los estrógenos con o sin progestágenos son efectivos y continúan siendo apropiados en el tratamiento de los síntomas vasomotores intensos que afecten la calidad de vida, debe administrarse a la mínima dosis eficaz e ir ajustando la dosis, el mínimo tiempo posible, revisando la necesidad de tratamiento cada 12 meses ⁽²⁹⁾.

La Terapia Hormonal podría paliar la aparición de ciertos trastornos cognitivos, como pérdida de memoria o concentración, reduciendo el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer o retrasando el deterioro de la demencia ya establecida, sin embargo estudios demuestran que la Terapia Hormonal no parece mejorar la función cognitiva con una eficacia superior al placebo, por lo que se sigue investigando la función estrogénica en esta área, en cuanto a los trastornos de ánimo no existe evidencia de que la terapia hormonal influya, si bien la mejoría de otras condiciones (sofocos) podría influir positivamente en el estado anímico ⁽³⁰⁾.

TIBOLONA

Es un esteroide sintético clasificado como regulador tisular selectivo de la actividad estrogénica, siendo una prodroga con actividad progestagénica, androgénica y estrogénica. Alivia los síntomas vasomotores de la menopausia, protege los tejidos urogenitales, tiene efectos beneficiosos sobre el estado de ánimo y la libido, conserva la masa ósea ⁽¹⁵⁾.

La dosis de 2,5 mg/día de tibolona es la óptima.

Se ha descrito algunas reacciones adversas como un aumento del riesgo de sangrados irregulares y una disminución de las lipoproteínas de alta densidad. Algunos estudios muestran efectos adversos androgénicos (hirsutismo, piel grasa), se ha observado un aumento del riesgo de cáncer de mama por lo que se recomienda su utilización sólo a corto plazo ⁽²⁹⁾.

RALOXIFENO

Pertenece al grupo de los fármacos moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERMS). Actúa como agonista de los receptores estrogénicos sobre el metabolismo lipídico, hígado y hueso; y con un efecto antagonista sobre la mama y el útero. A diferencia de la Terapia Hormonal, el raloxifeno no ejerce ninguna acción sobre los síntomas menopáusicos subjetivos (sofocos, sudación, trastornos urogenitales), por lo que en principio no puede considerarse un medicamento de primera elección en mujeres sintomáticas. Por el contrario, en mujeres con ausencia de sintomatología neurovegetativa, pero con riesgo elevado de osteoporosis, si puede constituir una alternativa ⁽²⁹⁾.

TRATAMIENTO NO HORMONAL

La terapia no hormonal está indicada cuando existe contraindicación para la terapia hormonal de reemplazo en el control del síndrome vasomotor o en pacientes que no aceptan la terapia hormonal ⁽³⁾.

VERALIPRIDE

Es un fármaco antidopaminérgico inhibe la actividad de las neuronas dopaminérgicas hipotalámicas y estimula el sistema endógeno opioide, es beneficio terapéutico para el tratamiento de los síntomas vasomotores. Este fármaco podría tener un efecto similar al de los estrógenos combinados. Con dosis de una tableta al día ⁽²⁹⁾.

Entre los efectos adversos del veralipride se han descrito mastalgia, tensión mamaria, galactorrea y molestias gastrointestinales, como consecuencia del incremento de los niveles de prolactina ⁽²⁹⁾.

La información sobre la eficacia de esta terapia es limitada debido al pequeño número de pruebas realizadas y a sus deficiencias metodológicas ⁽³⁾.

CLONIDINA

Es un fármaco antiadrenérgico de acción central, provocando una reducción de la descarga simpática y un descenso de la resistencia periférica, resistencia vascular renal, frecuencia cardíaca y presión arterial, administrada por vía oral o transdérmico, es eficaz en el tratamiento de los síntomas vasomotores ⁽²⁹⁾.

Entre los efectos adversos de la clonidina se han descrito sequedad de boca, estreñimiento, somnolencia, mareo, fatiga o náuseas ⁽²⁹⁾.

GABAPENTINA

Es eficaz en la disminución de la intensidad y frecuencia de los sofocos en mujeres postmenopáusicas. Reduce la liberación de los monoamino neurotransmisores y aumenta el recambio de GABA en varias áreas cerebrales. Con dosis de hasta 900mg al día ⁽²⁹⁾.

Entre los efectos adversos se han descrito somnolencia, vértigo, sarpullido, y edemas maleolares ⁽²⁹⁾.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Este tipo de tratamiento es propiciado por los riesgos de la Terapia Hormonal, existe un mayor interés en las terapias alternativas. A pesar de que la evidencia científica es escasa, la utilización de las terapias alternativas está muy extendida, muchas mujeres prefieren utilizarla por ser aparentemente más naturales. Este tratamiento está disponible en tiendas de dietética, herbolarios y farmacias y también se pueden obtener a través de Internet ⁽²⁹⁾.

FITOESTROGENOS

Son sustancias de origen vegetal con efectos estrogénicos. Entre los principales fitoestrógenos están: las isoflavonas (predominantemente en la soja y el tofu, aunque también en otras legumbres, frutas y vegetales), los lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas) y los cumestanos (alfalfa). De estos tres grupos de fitoestrógenos, las isoflavonas son las más estudiadas ⁽²⁹⁾.

No son considerados medicamentos, por lo que no se les exige estudios de eficacia y seguridad, sin embargo muestran menor incidencia de los síntomas vasomotores con el mayor consumo de fitoestrógenos entre las mujeres. ⁽¹⁵⁾ Diversos estudios han sugerido que los fitoestrógenos podrían tener un papel en la prevención de la osteoporosis, de la enfermedad cardiovascular, las neoplasias (mama, colon y endometrio) y la demencia ⁽²⁹⁾.

Entre los efectos adversos se han descrito náuseas, sangrados genitales, estreñimiento, alergia y aumento de peso, La soja podría disminuir la absorción de la hormona tiroidea, por lo que en pacientes con hipotiroidismo se recomienda dar la soja en cápsulas y en una toma separada. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y la aspirina pueden interactuar con el trébol rojo, aumentando el riesgo de sangrado ⁽²⁹⁾.

VITAMINA E

Se sigue investigando sobre los efectos de la vitamina E en los síntomas vasomotores ⁽²⁹⁾.

MEDICAMENTO HOMEOPATICO

Los estudios disponibles, muestran mejorías significativas de los síntomas, con la ingesta de este tratamiento. Sin embargo no se cuenta con bibliografía o estudios que determinen su especificidad ⁽²⁹⁾.

HIERBAS MEDICINALES

CIMICÍFUGA RACEMOSA (BLACK COHOSH)

Tradicionalmente usada para el tratamiento de varios desórdenes ginecológicos, se considera actualmente una fuente de fitoestrógenos, sin embargo el mecanismo de acción de su extracto estandarizado no está aún dilucidado ⁽²⁹⁾.

La formononetina parece ser responsable de su efecto estrogénico, ya que esta isoflavona se une competitivamente a los receptores estrogénicos. Se ha sugerido

que la Cimicífuga podría actuar de forma similar a los modificadores selectivos del receptor de estrógeno ⁽²⁹⁾.

Posología recomendada por la Comisión E (salvo otra prescripción): Extractos alcohólicos (40-60% v/v), equivalentes a 40 mg de droga. No prolongar el tratamiento durante más de 6 meses ⁽²⁹⁾.

DONG QUAI (ANGELICA SINENSIS)

Tiene un efecto analgésico, antiinflamatorio, antiespasmódico y efectos sedativos. Los fitoquímicos de la planta consisten en cumarinas, fitoesteroles, polisacáridos, ferulato de sodio u flavonoides. No se han encontrado estudios de los efectos sobre las pacientes con síndrome climatérico ⁽²⁹⁾.

GINSENG (PANAX GINSENG)

El ginseng es una de las plantas medicinales más utilizadas y tal como su nombre indica (pan significa todo y axos curación), se le atribuyen múltiples utilidades. El ginseng puede mejorar la irritabilidad y el sueño. Se dispone de un estudio que no muestra ningún beneficio en la mejora de la frecuencia o intensidad de los síntomas vasomotores ⁽²⁹⁾.

KAVA (PIPER METHYSTICUM)

Se trata de una raíz utilizada para aliviar trastornos como el insomnio, la ansiedad o los síntomas vasomotores. Ensayos clínicos han mostrado mejorías clínicas en la disminución de los síntomas vasomotores ⁽²⁹⁾.

Entre los efectos adversos se han descrito síntomas cutáneos, molestias visuales, vértigo, problemas digestivos, efectos extrapiramidales y hepatitis ⁽²⁹⁾.

No existe suficiente evidencia para recomendar regaliz, salvia, zarzaparrilla, flor de la pasión, ginkgo biloba y raíz de valeriana para el tratamiento de los síntomas vasomotores. Las mujeres deben ser informadas sobre la escasa efectividad de los tratamientos alternativos y de la ausencia de datos sobre sus efectos adversos ⁽²⁹⁾.

OTRAS TECNICAS

RELAJACION

Se han evaluado técnicas de relajación en mujeres postmenopáusicas con síntomas vasomotores. La técnica de respiración rítmica (respiración lenta, controlada y con el diafragma, en el momento de iniciarse el sofoco), ya sea de manera aislada o formando parte de una intervención que incluya otras técnicas de relajación, ha mostrado en todos los estudios una disminución significativa de la sintomatología vasomotora ⁽²⁹⁾.

La técnica de la respiración rítmica es moderadamente eficaz y podría ser un tratamiento complementario para los síntomas vasomotores ⁽²⁹⁾.

ACUPUNTURA

Ensayos clínicos han evaluado los efectos de la electroacupuntura comparada con la inserción de agujas (placebo) en las mujeres postmenopáusicas mostró una disminución significativa de los sofocos. El tratamiento se basa en reequilibrar la energía ⁽²⁹⁾.

La acupuntura y la magnetoterapia no se recomiendan en el tratamiento de los síntomas vasomotores ⁽²⁹⁾.

REFLEXOTERAPIA

La reflexología podal frente al masaje inespecífico en los pies y que entre sus variables de resultado ha analizado los síntomas vasomotores, ha mostrado cambios similares en cuanto a la intensidad de los sofocos y las sudoraciones nocturnas ⁽²⁹⁾.

Dejar de fumar, comer alimentos saludables y hacer ejercicio puede ayudar con los síntomas vasomotores, usar un vestuario más ligero o vestirse en capas para disminuir los sofocos ⁽²⁹⁾.

Estudios realizados han demostrado que solamente una de cada 10 emplea terapia hormonal de reemplazo, practica ejercicio sistemático o consume alimentación rica en calcio ⁽²⁹⁾.

Resulta necesario fortalecer y sistematizar las acciones informativas y educativas para la población, así como la actualización del personal médico para favorecer una mayor demanda de atención médica y la adopción de estilos de vida saludables en las etapas de climaterio y posmenopausia ⁽²⁹⁾.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Pacientes con contraindicación de Terapia Hormonal
- Sin respuesta a tratamiento hormonal establecido
- Terapia hormonal previa de larga duración
- Recidiva de sintomatología posterior a la suspensión de la Terapia Hormonal ⁽³⁰⁾.

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DE LA PACIENTE USUARIA DE TERAPIA HORMONAL

- Se recomienda vigilancia estrecha
- Adherencia al tratamiento y valorar su tolerancia
- Valorar tensión arterial y peso
- Analítica: BH, Glicemia, perfil lipídico, pruebas de funcionamiento hepático.
- Exploración de mama.
- La vigilancia clínica anual debe incluir: mastografía, ultrasonido pélvico ⁽¹¹⁾.

MEDIDAS GENERALES PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES

ASPECTOS PSICOLOGICOS

Los disturbios psicológicos que las mujeres perimenopáusicas con mayor frecuencia son la irritabilidad y la tristeza. Muchas veces estos se pueden aliviar haciendo cambios en los estilos de vida y las rutinas del diario vivir. Las técnicas de relajación y de reducción de estrés ayudan a muchas mujeres a manejar los

estresores de la vida. Combatiendo el estrés podemos sugerir las siguientes actividades:

- Participar en actividades placenteras
- Realizar ejercicio diariamente
- Dormir lo suficiente ⁽¹¹⁾

EJERCICIO

El ejercicio parece producir el mayor beneficio para minimizar el aumento de grasa y mantener músculo (de esta manera minimiza el tamaño del cuerpo y la necesidad calórica) por lo que a las pacientes en esta etapa se les debe de indicar realizar ejercicio ⁽¹¹⁾.

HIDRATACION Y LUBRICACION

La piel se pone reseca y escamosa. Tomar mucha agua y utilizar cremas para la piel ayudarán a mantener la piel húmeda. Mantener la piel saludable es otra razón para no fumar ⁽¹¹⁾.

Después de la menopausia, el aumento en la proporción entre el andrógeno y el estrógeno puede causar que el cabello se ponga más fino y se caiga. Comer sanamente, tomar multivitaminas diarias y evitar químicos fuertes y luz solar que resecan el cabello ayudan a mantener el cabello saludable ⁽¹¹⁾.

CAMBIOS DENTALES

Después de la menopausia, ocurre un aumento en la pérdida de los dientes, en la necesidad de dentaduras postizas y en las hemorragias e inflamación de las encías. Por lo tanto, la buena higiene dental y los chequeos regulares son más importantes que nunca antes ⁽¹¹⁾.

1.2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, toda la familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada ⁽²⁸⁾. Según la OMS la familia comprende a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grupo determinado por sangre, adopción y matrimonio ⁽¹⁸⁾.

SISTEMA EN LA FAMILIA

Un sistema es un conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí. La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas ⁽¹⁷⁾.

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados ⁽¹⁷⁾.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones, los subsistemas dentro de una familia son:

- Subsistema conyugal: Se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia.
- Subsistema paterno-filial: Es la relación que existe entre los padres y los hijos.
- Subsistema fraterno: Es la relación que existe entre los hermanos ⁽¹⁶⁾.

Podemos definir a la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante ⁽¹⁶⁾. La familia como grupo social debe cumplir funciones básicas que son: la función económica, biológica, educativa, cultural y espiritual, es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, la familia debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo ⁽¹⁹⁾.

La salud familiar es una parte importante de la salud en general, es clave en el desarrollo y equilibrio biopsicosocial del ser humano ⁽¹⁶⁾.

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).

- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual ^(18,20).

A mayor cumplimiento de estas tareas, mayor satisfacción, menor frustración y mayor índice de funcionamiento armónico. Hay familias que guardan un equilibrio a través de relaciones no saludables y frecuentemente hay alguien que se tiene que sacrificar en aras de guardar dicho equilibrio ⁽²²⁾.

Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto ⁽²⁰⁾.

Una familia funcional reconoce que cada miembro de la familia es diferente y tiene su propia individualidad, que tiene actividades en las cuales los otros integrantes no participan, es decir, la familia respeta ciertas áreas de autonomía ⁽²²⁾.

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo ⁽¹⁶⁾.

CRITERIOS PARA DETERMINAR EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN SATIR:

- Comunicación: Clara, directa, específica y congruente.
- Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias toleradas.
- Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema.

- Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes ⁽¹⁸⁾.

Por otro lado se han relacionado algunas variables que tienen que ver con el funcionamiento familiar de las cuales son:

- Estructura familiar: influye en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.
- Aspectos socioeducativos y socioeconómicos.
- Familia de origen ⁽¹⁸⁾.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (según Framo)

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hallan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
6. Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
7. Que exista expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.

9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
10. Que la familia sea lo suficiente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de familia extensa y amigos ⁽¹⁸⁾.

Homeostasis familiar

Es el equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez ⁽¹⁶⁾.

Satisfacción familiar

La satisfacción definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La satisfacción familiar se correlaciona positivamente con el sentido de vida del ser humano y la satisfacción vital ⁽¹⁶⁾.

La satisfacción familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despierta en el sujeto, encuentra su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre este y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la satisfacción familiar y la satisfacción vital ⁽¹⁶⁾.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular. Entendiendo entonces que el funcionamiento familiar está dado por una dinámica, relacional sistemática que se da a través de indicadores como son:

- Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

- Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma ^(16,20).
- Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera ⁽¹⁶⁾.

Por lo tanto la familia funcional es la que promueve un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga:

- Jerarquías claras
- Límites claros
- Roles claros y definidos
- Comunicación abierta y explícita
- Capacidad de adaptación al cambio ⁽¹⁶⁾.

Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas ⁽¹⁹⁾.

1.2.1 MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

MODELO SISTEMICO DE FAMILIA BEAVERS

Beavers en 1981, propuso el modelo basado en dos dimensiones donde se describe la estructura, la flexibilidad y la competencia de la familia, así como describir el estilo de la familia, para poder explicar cómo funciona la familia ⁽¹⁸⁾.

Este modelo describe variables, las cuales cubren 5 áreas de comportamiento familiar: estructura, mitología, negociación dirigida al logro de metas, formas de enfrentar la autonomía individual, expresión afectiva ⁽¹⁸⁾.

MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MCMASTER

Se basa en el enfoque sistémico de la familia, como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, el que se relaciona con otros sistemas sociales. Menciona 6 áreas como son resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas, control de la conducta ⁽¹⁸⁾.

MODELO DEL AMBIENTE FAMILIAR DE MOOS

Este modelo enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales en los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal, y la organización estructural de la misma, lo cual permite hacer una discriminación entre familias con trastorno psiquiátrico y las normales ⁽¹⁸⁾.

Este modelo considera la cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación al logro, orientación intelectual-cultural, orientación recreativa, énfasis moral-religioso, organización y control ⁽¹⁸⁾.

MODELO CIRCUNFLEJO MARITAL Y SISTEMICO FAMILIAR

Este modelo se refiere predominantemente a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar como es la cohesión y la adaptabilidad ⁽¹⁸⁾.

Las dimensiones que considera este tipo de modelo son: cohesión, autonomía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, control de la conducta, organización,

conflicto, roles, reglas, orientación intelectual-cultural, orientación religiosa, orientación recreativa ⁽¹⁸⁾.

MODELO DE RESPUESTA, DE ADAPTACION Y AJUSTE FAMILIAR

Este modelo incluye para su estudio predominantemente al estrés familiar, se considera como generador para la adaptación o ajuste del sistema familiar que lo lleve a un buen funcionamiento familia. El modelo estudia dos momentos importantes los cuales es el enfrentamiento y el afrontamiento de la situación ⁽¹⁸⁾.

MODELO DE FACTORES DE RIESGO

Este modelo toma en cuenta los factores de riesgo como aquellos fenómenos que pueden desencadenar el buen o mal funcionamiento de la familia, y que considera a cualquier condición o aspecto biológico, psicológico y/o social que este asociado a una mayor probabilidad de presentar un evento futuro que cause disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo ⁽¹⁸⁾.

El modelo menciona los recursos personales, familiares, comunitarios con que cuenta la familia para enfrentar su desarrollo y eventos vitales durante su ciclo evolutivo ⁽¹⁸⁾.

La revisión de estos modelos nos permite tener un marco de referencia para tratar de explicar el cómo y el porqué del funcionamiento familiar ⁽¹⁸⁾.

1.2.2 TEORIAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Estas teorías intentan definir y proporcionar parámetros de medición de la funcionalidad familiar, para poder considerar cuales son los instrumentos que permiten una mejor evaluación del funcionamiento de la familiar a través del esclarecimiento del contexto de dicha medición o interpretación ⁽¹⁸⁾.

TEORIA ESTRUCTURAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Esta teoría considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permite la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado ⁽¹⁸⁾.

Minuchin (1977,1995) define a la teoría estructural como “Un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”, estableciendo pautas o límites que deciden como, cuando y con quien, cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta. Esta teoría menciona que “la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud (seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales existentes en el grupo social) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis, mediante una comunicación apropiada, utilizando elementos apropiados como son la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad ⁽¹⁸⁾.

TEORIA EXPLICATIVA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Esta teoría refiere que el funcionamiento familiar no está basado en un sistema familiar como normal o anormal, sino que depende de la capacidad adaptativa y de los recursos que se han adquirido durante el ciclo evolutivo y por lo tanto la familia se puede considerar como familia normo funcional, en crisis familiar, con disfunción familiar o familia en equilibrio patológico ⁽¹⁸⁾.

TEORIA INTERACCIONAL DE LA COMUNICACIÓN

En esta teoría se menciona que la comunicación es el foco de incubación primario de los problemas familiares, el cual es el medio por el que los miembros de la familia intercambian información, delimitan los límites y resuelven los problemas y situaciones comunes ⁽¹⁸⁾.

Reglas de la comunicación para ayudar a garantizar la funcionalidad de la familia.

- Toda transacción iniciada debe ser terminada
- Las preguntas deben ser formuladas y respondidas con claridad
- El conflicto y la hostilidad deben ser reconocidas e interpretadas.
- Se debe tener la percepción de sí mismo y de cómo es percibido por el resto de los miembros de la familia.
- Cada miembro de la familia es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás, así como poder comunicar sus temores, expectativas, esperanzas respecto de los demás miembros de la familia.
- Se debe admitir diferencias de opinión
- Cada miembro de la familia debe ser capaz de elegir una o varias alternativas de conducta.
- Los mensajes utilizados deben ser enviados con claridad para poder obtener una conducta coherente con el mensaje y evitar enviar mensajes encubiertos ⁽¹⁸⁾.

La funcionalidad familiar pasa por diferentes momentos de acuerdo con la corriente de estudio, esta evaluación no podría ser completa sin la utilización de los diferentes instrumentos que se han creado ⁽¹⁸⁾.

1.2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Estos instrumentos proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio del cual podemos obtener información individual de cada uno de los integrantes de una familia. El propósito de estos instrumentos es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia, así como características de su ambiente que permite identificar el tipo de funcionalidad existente ⁽¹⁸⁾.

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permite identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud enfermedad, por ello existen un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados los cuales son denominados Instrumentos de Atención

Integral a la Familia, ya que ofrecen una visión gráfica de la familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un panorama mayor ⁽¹⁸⁾.

Los instrumentos de evaluación a la familia permiten desarrollar en el profesional de la salud, especialmente al médico familiar, una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como el modo en que su desarrollo histórico pueda estar influyendo en las interacciones actuales ⁽¹⁸⁾.

Instrumentos más utilizados para valorar la funcionalidad familiar:

- Índice de función familiar
- Escala de evaluación familiar
- Clasificación triaxial de la familia
- Escala de eventos críticos
- Escala de funcionamiento familiar
- APGAR familiar
- Círculo familiar
- FACES
- **Evaluación del subsistema conyugal**
- Modelo McMaster
- Evaluación o test de Virginia Satir
- F-COPES (Escala de Evaluación Personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis).
- Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)
- Escala Familiar Estructural Sistémica (EFES)
- Escala de Clima Social Familiar (FES)
- Escala Homes
- SIMFAM
- EL Inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA)
- Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS)
- Inventario Familiar de Olson

- The family Functioning Index (FFI)
- Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar, de Joaquina Palomar
- The Family Functioning Questionnaire (FFQ)
- Cuestionario de áreas de cambio
- Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell
- Escala de ajuste diádico
- Escala de Interacción Familiar
- Escala de Funcionamiento Familiar ⁽¹⁸⁾.

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es trascendental importancia para todo el grupo familiar. Se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal ⁽²³⁾.

Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia. Por esta razón tal funcionamiento familiar es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos. Lo anterior confirma que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso de la familia. Lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten y en el momento de afrontarlos y darles solución ⁽²³⁾.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones ⁽²³⁾. La evaluación del subsistema conyugal evalúa la funcionalidad de la pareja, se considera que esta debe ser gratificante clara, sin perder de vista el entorno social en que se encuentra inmersa la pareja, además aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo ⁽¹⁸⁾.

El instrumento de medición propuesto por Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velasco Orellana, consta de 5 preguntas ya validado en nuestro país, es el más apto para evaluar la funcionalidad en el subsistema conyugal. Que aborda las

principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo, a cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación, a través de algunos indicadores ⁽²³⁾.

Se analizan los factores que intervienen en la elección de pareja así como algunos psicodinamismos de interacción, se describen las funciones principales que deben desarrollar los cónyuges para lograr una relación funcional. Se examinan algunos instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar identificando las áreas que explora cada uno de ellos, así como las limitaciones en su empleo, finalmente se propone un instrumento de evaluación de la funcionalidad conyugal que explora las principales funciones, proponiendo criterios cuantitativos que permitan clasificar a las disfunciones conyugales ⁽²³⁾.

Sumando el puntaje total del instrumento a valorar la funcionalidad conyugal se califican de la siguiente forma:

- Pareja severamente disfuncional menos de 40 puntos
- Pareja moderadamente disfuncional 41-70 puntos
- Pareja funcional entre 71-100 puntos ⁽²³⁾

El conflicto marital es una problemática que se ha incrementado en las últimas décadas, afectando a los miembros del vínculo, a sus hijos y por ende a una sociedad. Existen diferentes tipos de definiciones, no existiendo un consenso, sin embargo las fuentes parecen estar relacionadas, con la interacción, cognición, historia del individuo y su motivación, las cuales convergen a la satisfacción marital ⁽²⁷⁾.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El malestar emocional que algunas mujeres pueden experimentar durante el climaterio no depende solamente de las fluctuaciones de las hormonas gonadales, especialmente los estrógenos, sino que en efecto, es la resultante de una compleja interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que coinciden en esta época de la vida. La experiencia del climaterio y la menopausia, como fin de la vida reproductiva de la mujer, está influenciada por la madurez psicológica alcanzada, que determinará la capacidad de asumir los retos de la adultez mayor como las pérdidas fisiológicas y realizar un balance de las expectativas y logros que permita ampliar el repertorio de estrategias para prepararse para el envejecimiento. Sobre esta experiencia influyen significativamente las transiciones de roles (salida o regreso de los hijos, enfermedad de los padres, cambios laborales, pérdida de la red de soporte y muerte del cónyuge) y las expectativas y concepciones, culturalmente determinadas, que compartan la mujer y su entorno. La sobrevaloración de la juventud (equiparada a belleza), la glorificación de la maternidad, las ideologías patriarcales, la desvalorización del saber tradicional de las mujeres mayores y la falsa idea de que la muerte ocurre poco tiempo después de la menopausia incrementan el malestar psicológico y el estrés, y pueden causar en mujeres vulnerables con historia previa de padecimiento depresivo, un episodio clínico que requiera evaluación y tratamiento pronto ⁽²⁴⁾.

El sustento teórico del funcionamiento familiar ha sido estudiado por diferentes autores como son Salvador Minuchin, Virginia Satir entre otros, pero ninguna de estas teorías logra fundamentar de manera completa la funcionalidad la cual continúa siendo de alta complejidad.

El médico familiar debe conocer al paciente así como su entorno familiar siendo un punto importante a estudiar la funcionalidad de la misma, ya que se sabe que la familia atraviesa por varias etapas de crecimiento y desarrollo, que influyen en la funcionalidad familiar.

Es muy importante tomar en cuenta que la mujer con síndrome climatérico es una persona con emociones propias y que durante esta etapa se pueden ver afectadas estas emociones por lo que es importante evaluarla en su entorno biopsicosocial.

El caso que nos ocupa genera el interés de saber que sucede con la mujer en la etapa del climaterio, como percibe a su familia, en cuanto a su funcionalidad.

Esto contribuye a que la funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria, se debe modificar la relación médico-paciente para que el usuario exprese sus quejas y el motivo real que originó su demanda, estableciendo acciones de prevención y atención más eficaz, para evitar la cronicidad de la disfunción conyugal ⁽²⁶⁾.

En concordancia con estos argumentos, surgió la motivación de realizar este estudio. Se contribuye así a la identificación de factores claves que permiten articular iniciativas para trabajar en las pacientes que padezcan síndrome de climaterio y que no cuenten con funcionalidad en el subsistema conyugal en la atención primaria.

Por lo antes expuesto se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en pacientes con síndrome de climaterio que acuden a consulta externa en el Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec?

3. JUSTIFICACIÓN

Después de veinte o treinta años de matrimonio y con los hijos crecidos, muchas mujeres se encuentran abandonadas, separadas o divorciadas. Para algunas de estas, se reinicia la etapa de conocer gente, o bien reencontrarse con su pareja, que durante el cuidado de sus hijos se había perdido la relación entre pareja. Para estas mujeres, el estrés del propio envejecimiento se ve incrementado por la carga financiera, el temor a quedarse sola, la renuncia a los intereses y amistades personales, los sentimientos de impotencia y desmoralización frente a la enfermedad crónica.

El impacto psicológico del síndrome de climaterio y la menopausia, y aún la calidad y cantidad de síntomas físicos, se relacionan con el estado de salud previo, las ideas previas de la mujer acerca del climaterio, la menopausia y su red de soporte social, existiendo algunos factores protectores, como una relación conyugal positiva y un entorno laboral favorable.

Es difícil predecir hasta qué punto el déficit estrogénico afectara su estado emocional, su sistema familiar y a la sociedad. La sintomatología de la mujer climatérica depende de factores hormonales, psicológicos y socioculturales, se calcula que aproximadamente el 85% de las mujeres presentan algún síntoma relacionado con la menopausia.

En la ciudad de México, se observa que en más del 70% de las mujeres en esta etapa presentan algún conflicto emocional de intensidad variable.

Los factores relacionados con la aparición de sintomatología en el climaterio entre los que destacan: la velocidad con que decrece la producción de estrógenos, factores psicológicos como el tipo de personalidad en la mujer, el estado de la autoestima, actitud frente al climaterio, depresión, alteraciones en la dinámica familiar y conyugal, entre otros factores y patrones socioculturales. Estudios a nivel mundial resaltan la importancia de la estabilidad emocional como persona, pareja y madre para el equilibrio bio-psico-social en este período de transición en la vida de la mujer.

Consideramos importante profundizar en el estudio de la dinámica familiar y conyugal en estas pacientes, pues esto es muy importante no solamente para mejorar su calidad de vida, sino también por la influencia que pueda tener en el bienestar emocional. Los cambios sociales y la emancipación que ha tenido la mujer exige de la familia cambios profundos en los roles, que permitan resolver las contradicciones entre un modelo familiar establecido y las nuevas exigencias sociales que satisfagan el mejor funcionamiento y enriquecimiento de sus miembros.

Es importante saber si la etapa de climaterio modifica la funcionalidad de la familia, sobre todo en el subsistema conyugal, siendo la etapa más difícil de la mujer y en donde en ocasiones no se muestra apoyo por parte de su pareja, por los múltiples cambios físicos y psicológicos que atraviesa la mujer en esta etapa. Muchas mujeres en el periodo del climaterio y la menopausia tienen conflictos con su pareja, pues durante esta etapa sufren una disminución de la libido y resequedad vaginal, es en donde se observa un grado de infidelidad por parte de su pareja y se ve afectada la funcionalidad en el subsistema conyugal.

No existen estudios epidemiológicos representativos en nuestro país sobre estadísticas de mujeres con síndrome climatérico y disfunción familiar en el subsistema conyugal, por lo que se considera población subestimada, sin atención adecuada para mejorar su calidad de vida, promoción de la salud para mantener una salud posmenopáusica óptima

Tomando en cuenta que hoy en día la mujer participa en múltiples actividades, perteneciendo en gran parte en la población económicamente activa, y además el papel de la mujer en el núcleo familiar, por lo que se deben realizar más investigaciones con fines de mantener a la mujer mexicana en condiciones óptimas y pueda desempeñar múltiples actividades de la vida moderna.

Algunos estudios demuestran que de las mujeres que cursan con síndrome de climaterio el 67% presentan algún síntoma relacionado con el climaterio y el 33% se refiere asintomático. En relación al entorno familiar en las mujeres con una

familia disfuncional es más frecuente la sintomatología así como con parejas disfuncionales.

Reportes actuales refieren que de la población total de mujeres, el 46 % se encuentran en etapa de climaterio y menopausia.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en pacientes con síndrome de climaterio que acuden a consulta externa en el Hospital Regional ISSEMYM Ecatepec.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar la edad, escolaridad, ocupación que presentan las mujeres con Síndrome Climatérico.
- 2.- Identificar la presencia de enfermedades crónicas degenerativas y la realización de ejercicio en mujeres que cursan con Síndrome Climatérico.
- 3.- Identificar a las mujeres con Síndrome Climatérico que utilizan Terapia Hormonal de Reemplazo de tipo oral y a las que les han realizado histerectomía
- 4.- Mencionar los factores modificadores de las pacientes con síndrome de climaterio, que se relacionan con el funcionamiento en el subsistema conyugal.
- 5.- Identificar las funciones que existen en el subsistema conyugal (comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones) de las pacientes con síndrome de climaterio.

5. DISEÑO METODOLÓGICO GENERAL

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio es Descriptivo, Prospectivo, Observacional y transversal.

5.2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se seleccionó a mujeres con diagnóstico de síndrome climatérico que acuden a la consulta externa en el Hospital Regional ISSEMYM Ecatepec durante el periodo de abril a octubre del 2012

5.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra es de tipo conglomerado, por lo tanto del total de la población de las pacientes que acuden a consulta externa de Ginecología del Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec, se estudiaron a 126 pacientes que reunían los criterios de inclusión.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

INCLUSION:

1. Mujeres que acudan a la consulta externa del Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec.
2. Con diagnóstico de Síndrome de Climaterio
3. En el rango de 40 a 60 años edad.
4. Que firmen la carta de consentimiento informado.
5. Casadas o que vivan en unión libre.
6. Que cuenten con una familia propia

EXCLUSION:

1. Que cuenten con disfuncionalidad familiar ya diagnosticada.
2. Que presenten trastornos mentales como depresión, esquizofrenia, crisis de ausencia

ELIMINACION:

1. Cuestionarios incompletos

5.5. DEFINICION DE VARIABLES Y CUADRO DE VARIABLES

VARIABLES UNIVERSALES

CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE
Funcionalidad familiar en el subsistema conyugal	Variable dependiente
Síndrome climatérico	Variable independiente

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL	Es la capacidad de la familia para superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Se buscará medir a través del instrumento de evaluación del subsistema conyugal la percepción de las mujeres entorno al funcionamiento Familiar en el subsistema conyugal.	Cualitativa	Nominal	Instrumento A)Funcional B)Disfunción Moderada C)Disfunción Severa

CLIMATERIO	Es la declinación de la función ovárica, lo que señala el fin de la etapa reproductiva y en la cual se presenta la menopausia	Se utilizara el apoyo de las pacientes ya diagnosticadas con Síndrome Climatérico	Cualitativa	Ordinal	Presente o Ausente
-------------------	---	---	-------------	---------	--------------------

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Se preguntara a la paciente	Cuantitativa	Nominal	Instrumento A) 40-44 años B) 45-49 años C) 50-54 años D) 55-59 años
ESTADO CIVIL	Condición Social	Se preguntara a la paciente	Cualitativa	ordinal	Instrumento A) Casada B) unión libre
ESCOLARIDAD	Duración de los estados en un Centro docente	Grado de escolaridad que tiene una persona	Cualitativa	Ordinal	Instrumento A) Primaria B) Secundaria C) Preparatoria o técnica D) Profesional
OCUPACION	Actividad laboral que realiza el paciente.	Se pregunta al paciente	cualitativa	Ordinal	Instrumento A) Trabaja B) Hogar
TERAPIA HORMONAL ORAL	Utilización de ciertos fármacos	Se preguntara al paciente	Cualitativa	Ordinal	Instrumento A) Si

	para el reemplazo de hormonas que se encuentran carentes en el organismo				B) No
HISTERECTOMIA	Es la cirugía para extirpar el útero de una mujer.	Se preguntara al paciente	cualitativa	Ordinal	Instrumento A) Si B) No
INDICE DE MASA CORPORAL	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo	Se sacara en base al peso y talla de cada paciente	Cuantitativa	Ordinal	Instrumento A) Normal B)Sobrepeso C)Obesidad
EJERCICIO	Paseo u otro esfuerzo corporal	Se preguntara al paciente	Cualitativa	Ordinal	Instrumento A) Si B) No C)Ocasional
ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA	Alteración a la salud	Se interrogara al paciente	Cualitativa	Ordinal	Instrumento A) DM2 B) HAS C)Dislipidemia D) Mixta E) Otras

5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se revisaron todos los cuestionarios sobre las pacientes con síndrome de climaterio y el apoyo en el subsistema conyugal.

Estos cuestionarios se aplicaron a las pacientes con diagnósticos de síndrome de climaterio que acuden a consulta externa en el Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec y que estuvieran completamente bien contestados.

También se obtuvieron datos socio demográficos, como la edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, así como pudimos conocer la funcionalidad familiar que tienen las pacientes en el subsistema conyugal.

5.7 METODOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para poder realizar este estudio de investigación se efectuó, con pacientes que son derechos habientes del Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec del área de consulta externa.

1. Se realizan oficios, para la autorización de directivos del Hospital Regional de Ecatepec, para poder realizar el protocolo de estudio.
2. Acude pacientes con Síndrome de Climaterio.
3. Se informa al paciente a la paciente sobre protocolo de estudio para este caso, explicando los pormenores.
4. Se le invita a participar en el estudio.
5. El paciente acepta la participación y firma el consentimiento informado.
6. A la paciente se le aplica el instrumento para valorar la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal elaborado por Chávez Aguilar y Velasco, el cual es el más apto para valorar las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. Se evaluara la comunicación, la adjudicación y asunción de roles, la satisfacción sexual, el afecto y la toma de decisiones entre la pareja, se decidió utilizar este instrumento ya que es el único que abarca las funciones principales del subsistema conyugal, ya que los otros instrumentos son aptos para evaluar la funcionalidad familiar en todos los subsistemas de la familia.
7. Se recolectan los cuestionarios debidamente contestados, en un determinado tiempo.
8. Se realiza revisión de cada uno de los cuestionarios.
9. Se seleccionan los cuestionarios que cuenten con los criterios de inclusión.
10. Se procede a la captura de datos.
11. Se inicia el vaciamiento de resultados.
12. Se analizan los resultados obtenidos.
13. Se procede a graficar los resultados obtenidos
14. Se redactan los resultados, la discusión y las conclusiones.

5.8. PROCESAMIENTO ESTADISTICO

ANALISIS ESTADISTICO: Al realizar el análisis de los datos socio demográfico se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central: frecuencia, porcentaje y promedios.

Una vez recolectados los datos se procedió a realizar la captura de la información, con el programa Excel 2007 de Microsoft Office.

5.9. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Ya obtenidos todos los datos de la información de los expedientes se elaboró una base de datos, de donde se fueron realizando las gráficas y con toda la información ya graficada se pudo obtener los resultados y así mismo la discusión y las conclusiones.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

6.1. DECLARACIÓN DE HELSINKI (VI) RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

10.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo

conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12.- Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13.- El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobrentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14.- El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16.- Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios

previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17.- Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18.- La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19.- La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20.- Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21.- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22.- En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en

la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23.- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24.- Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25.- Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26.- La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la

investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27.- Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

32. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración

6.2. LEY GENERAL DE SALUD

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF 16-01-2012

Que el H. Congreso de la Unión se ha servido dirigirme el siguiente:

D E C R E T O

"El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta:

TITULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO UNICO

ARTICULO 1o.- La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTICULO 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

ARTICULO 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley.
- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.
- II Bis. La Protección Social en Salud.
- III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II.
- IV. La atención materno – infantil.
- IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas.
- V. La salud visual.
- VI. La salud auditiva.
- VII. La planificación familiar.
- VIII. La salud mental.
- IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

- X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.
- XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos.
- XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país.
- XIII. La educación para la salud.
- XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición.
- XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico.
- XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles.
- XVIII. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes.
- XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.
- XX. La asistencia social.
- XXI. El programa contra el alcoholismo.
- XXII. El programa contra el tabaquismo.
- XXIII. El programa contra la farmacodependencia.
- XXIV. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación.
- XXV. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.
- XXVI. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII.
- XXVII. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley.
- XXXVIII. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos.
- XXIX. La sanidad internacional.

XXX. Las demás materias, que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional.

ARTICULO 4o.- Son autoridades sanitarias:

- I. El Presidente de la República.
- II. El Consejo de Salubridad General.
- III. La Secretaría de Salud.
- IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

TITULO QUINTO

INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

CAPITULO UNICO

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán:

I. Un Comité de Investigación.

II. En el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación, que cumpla con lo establecido en el artículo 41 Bis de la presente Ley.

III. Un Comité de Bioseguridad, encargado de determinar y normar al interior del establecimiento el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética, con base en las disposiciones jurídicas aplicables.

El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal

de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta. Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

I. Solicitud por escrito.

II. Información básica farmacológica y preclínica del producto.

III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere.

IV. Protocolo de investigación.

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

7. RESULTADOS

A continuación se muestran las tablas y graficas representativas de un total de 126 cuestionarios aplicados a mujeres en etapa de climaterio de 40-60 años de edad, recolectando datos generales y aplicación del cuestionario de funcionalidad familiar en el subsistema conyugal.

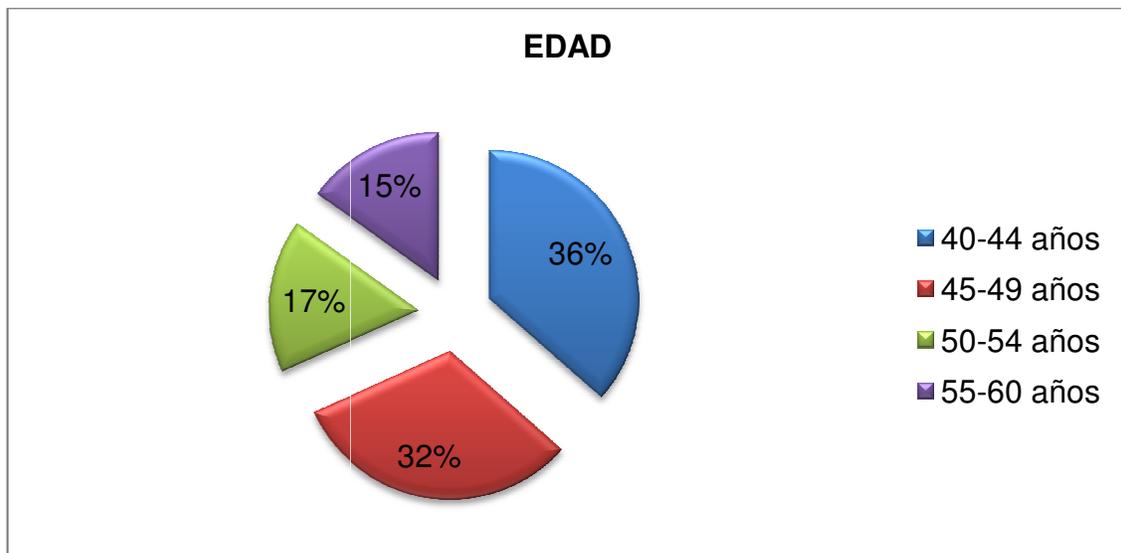
EDAD

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación a la edad, el 36% (46 pacientes) tienen una edad de 40 a 44 años, el 32% (40 pacientes) de 45 a 49 años, el 17% (21 pacientes) de 50 a 54 años, 15% (19 pacientes) de 55 a 60 años (grafica 1).

Tabla 1.- Relación por rubro de edad de las pacientes mujeres ingresadas en el estudio.

40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-60 años
46	40	21	19

GRAFICA 1.- EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

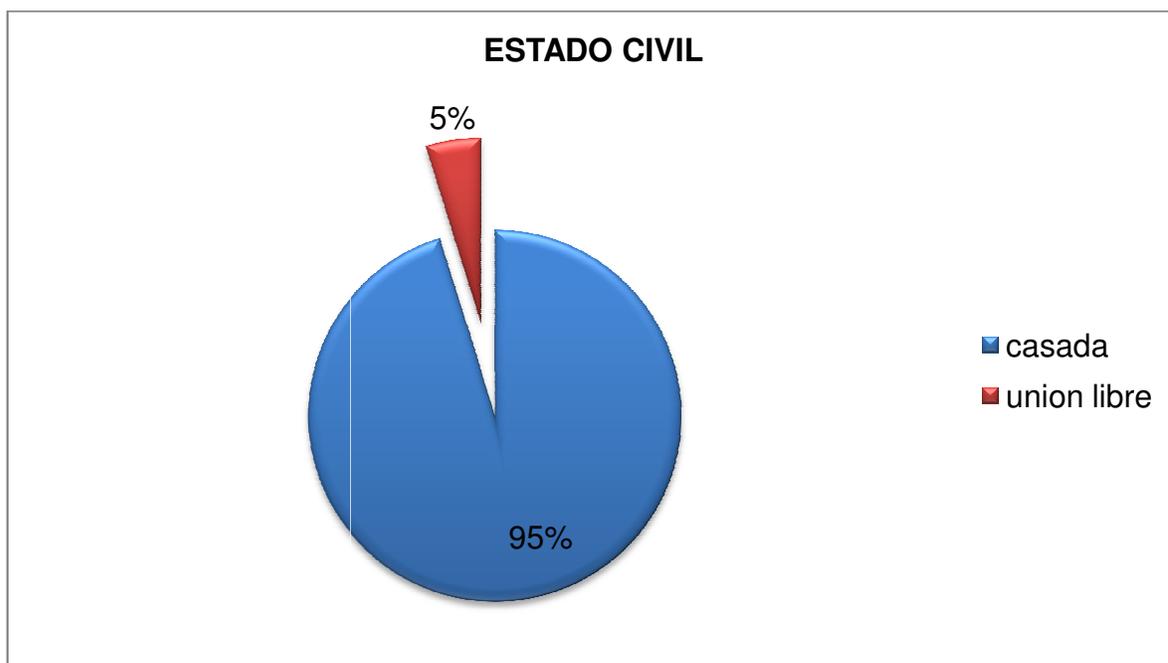
ESTADO CIVIL

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con el estado civil el 95% (120 pacientes) están casadas y solo el 5% (6 pacientes) están en unión libre (grafica 2).

Tabla 2.- Relación por rubro de estado civil de las pacientes mujeres ingresadas en el estudio.

Casada	Unión Libre
120	6

GRAFICA 2.- ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

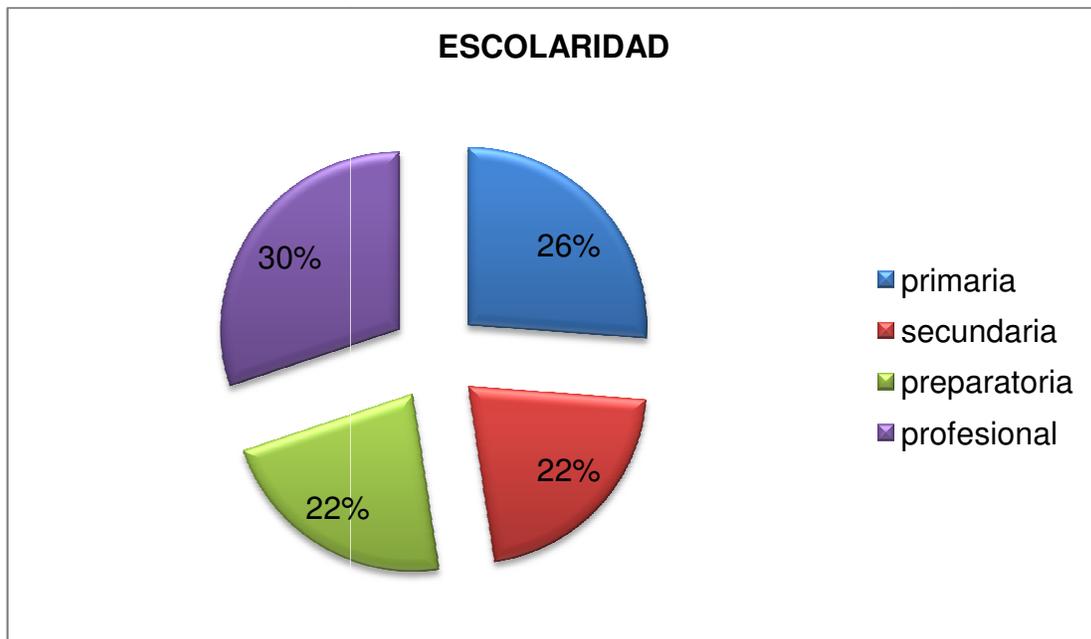
ESCOLARIDAD

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con la escolaridad el 26% (33 pacientes) tienen una escolaridad de primaria, el 22% (27 pacientes) tiene escolaridad secundaria, el 22% (28 pacientes) tiene escolaridad de preparatoria y el 30% (38%) tiene una licenciatura. (Grafica 3).

Tabla 3.- Relación por rubro de escolaridad de las pacientes mujeres ingresadas en el estudio.

Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional
33	27	28	38

GRAFICA 3.- ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

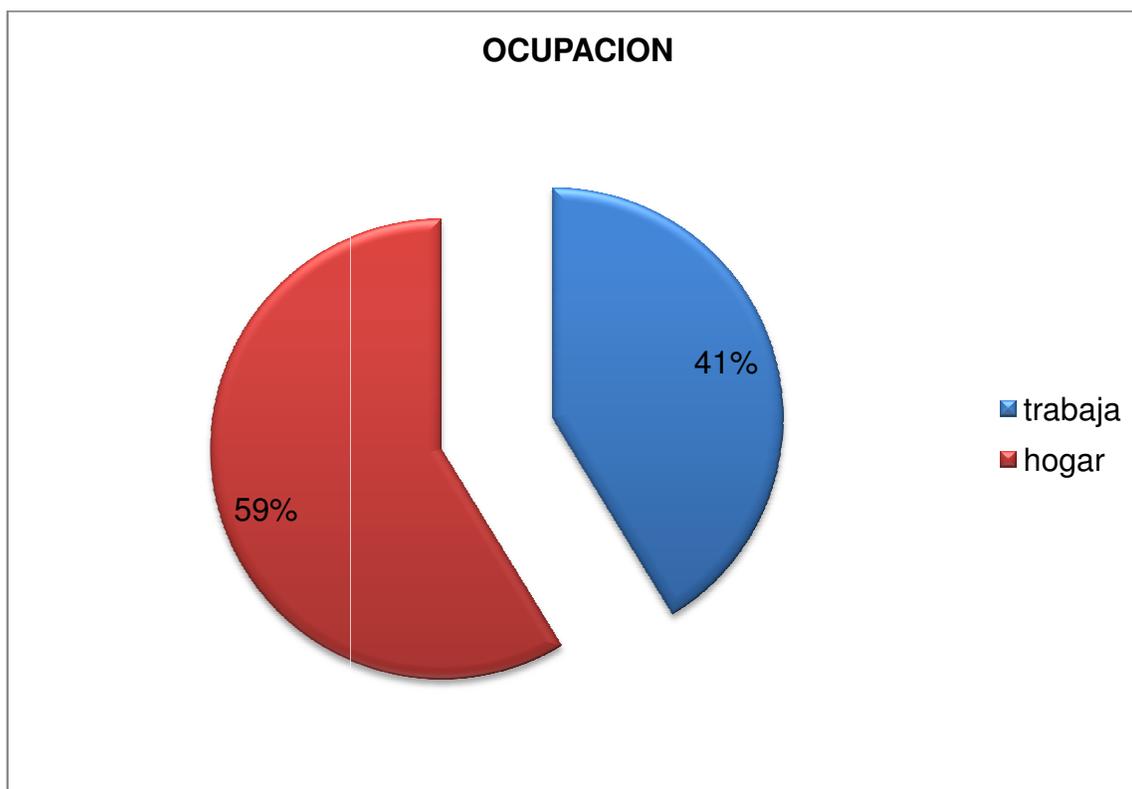
OCUPACION

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con la ocupación el 59% (74 pacientes) se dedican al hogar y el 41% (52 pacientes) trabajan fuera del hogar. (Grafica 4)

Tabla 4.- Relación por rubro de ocupación de las pacientes mujeres ingresadas en el estudio.

Trabaja	Hogar
52	74

GRAFICA 4.- OCUPACION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

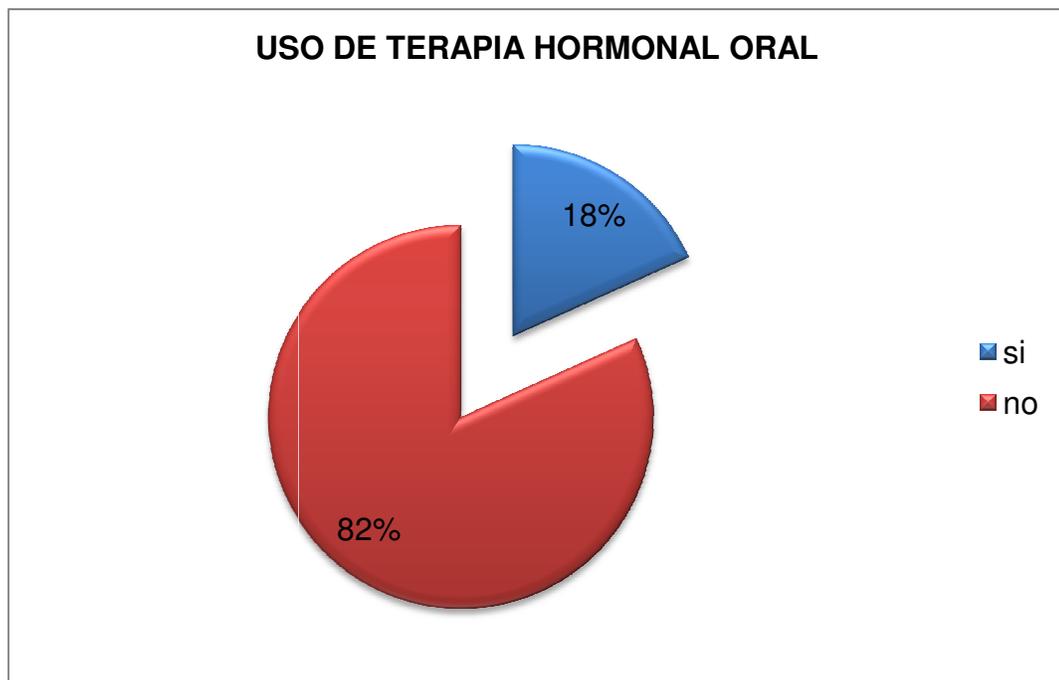
USO DE TERAPIA HORMONAL ORAL

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con el uso de terapia hormonal oral el 18% (23 pacientes) utilizan terapia hormonal y el 82% (103 pacientes) no utilizan terapia hormonal. (Grafica 5)

Tabla 5.- Relación por rubro al uso de terapia hormonal oral de las pacientes mujeres ingresadas en el estudio.

Si	No
23	103

GRAFICA 5.- TERAPIA HORMONAL UTILIZADA POR LAS MUJERES ENCUESTADAS.



Fuente: Cuestionario

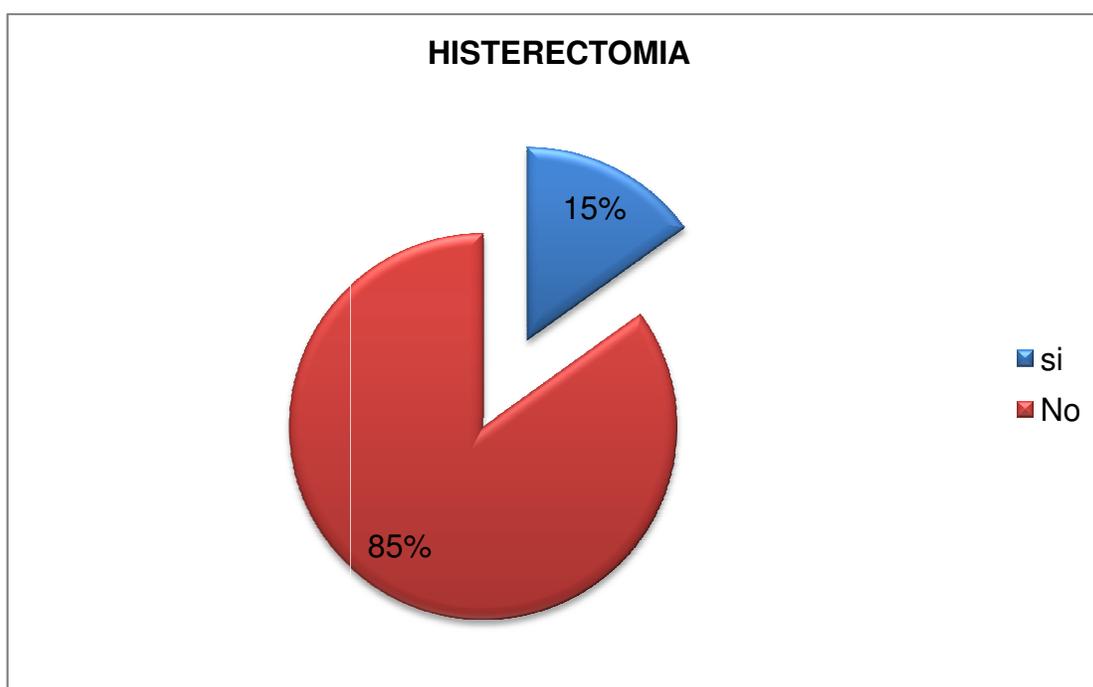
HISTERECTOMIA

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con histerectomía, el 85% (107 pacientes) no se les realizó histerectomía y el 15% (19 pacientes) si se les realizó histerectomía. (Grafica 6)

Tabla 6.- Relación por rubro a la realización de histerectomía de las pacientes mujeres ingresadas en el estudio.

Si	No
19	107

GRAFICA 6.- PRESENCIA O AUSENCIA DE HISTERECTOMIA EN MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

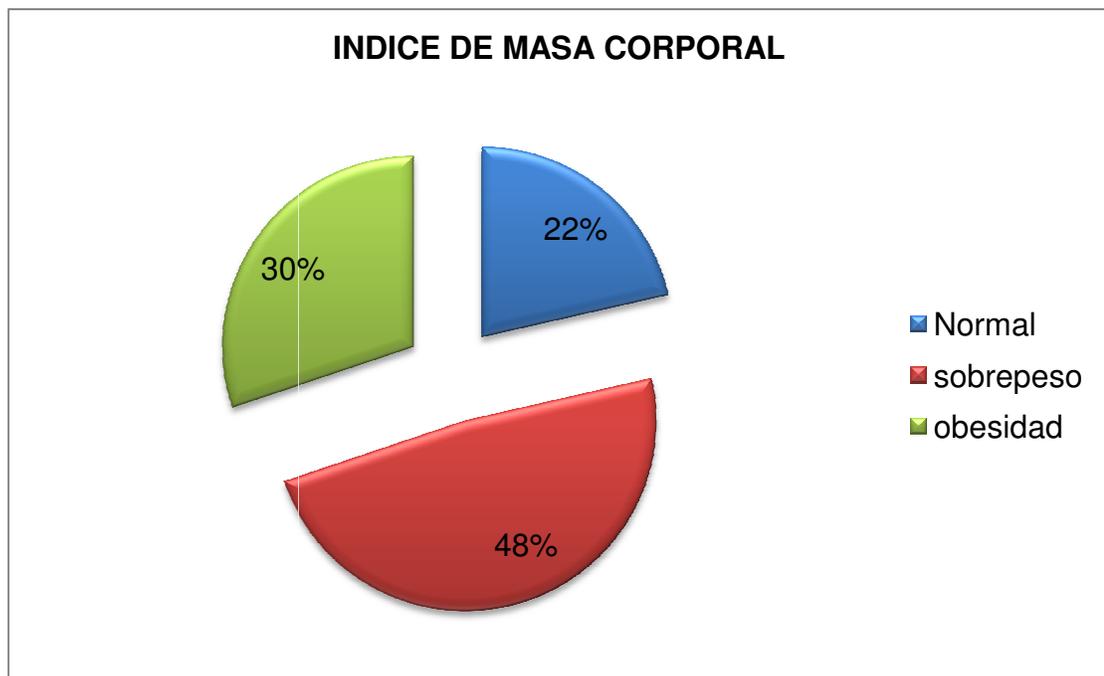
INDICE DE MASA CORPORAL

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con el índice de masa corporal según la OMS el 30% (38 pacientes) se encuentran en obesidad, el 48% (61 pacientes) se encuentran en sobrepeso y el 22% (27 pacientes) están en peso normal. (Grafica 7)

Tabla 7.- Relación por rubro al índice de masa corporal según la OMS de las pacientes mujeres ingresadas en el estudio.

Normal	Sobrepeso	Obesidad
27	61	38

GRAFICA 7.- INDICE DE MASA CORPORAL EN MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

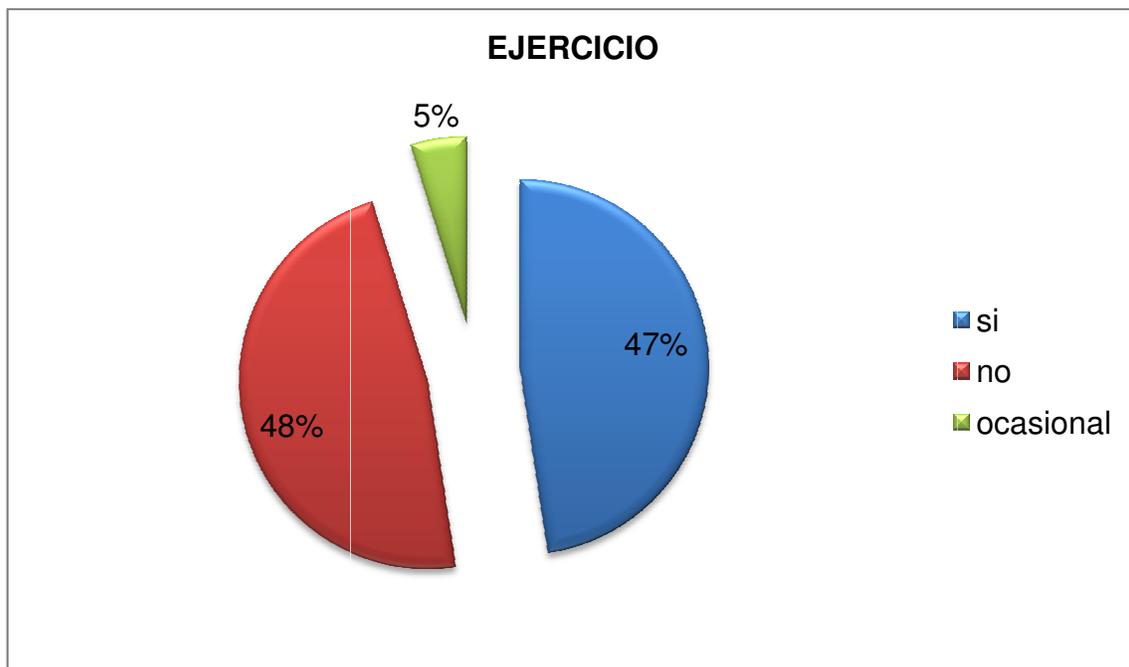
EJERCICIO

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con el ejercicio el 48% (60 pacientes) son mujeres sedentarias, el 47% (60 mujeres) si realizan ejercicio y el 5% (6 pacientes) solo realizan ejercicio de forma ocasional. (Grafica 8)

Tabla 8.- Relación por rubro al ejercicio de las mujeres ingresadas en el estudio.

Si	No	Ocasional
60	60	6

GRAFICA 8.- REALIZACION O NO DE EJERCICIO EN MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

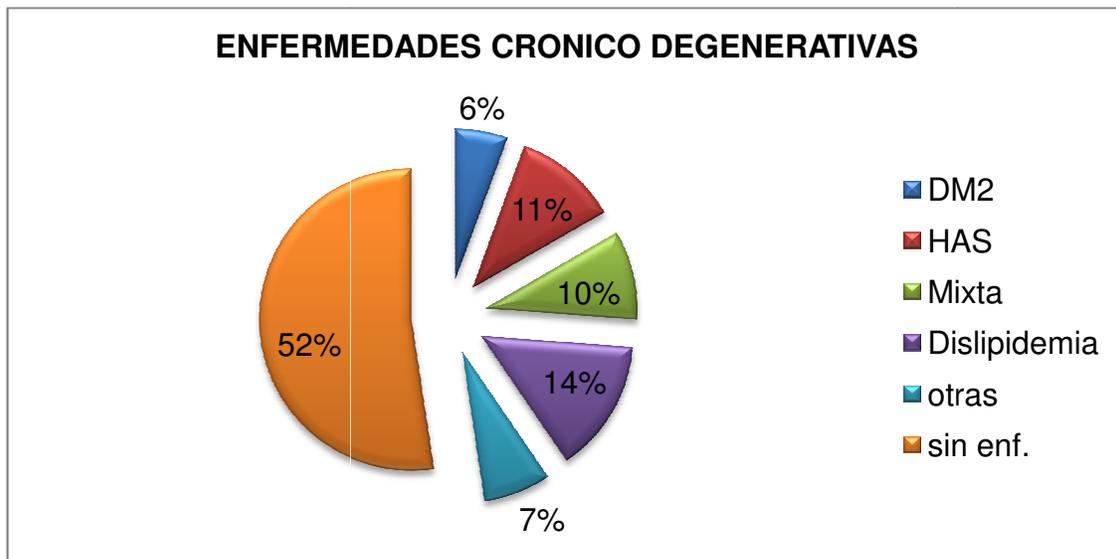
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con la presencia de comorbilidades que el 6% (7 pacientes) padecen Diabetes Mellitus 2, el 11% (14 pacientes) padecen Hipertensión Arterial Sistémica, el 14% (18 pacientes) presentan Dislipidemia, el 10% (12 pacientes) padecen Hipertensión Arterial Sistémica o Diabetes Mellitus 2 más dislipidemia y el 7% (9 pacientes) padecen otras patologías (Artritis Reumatoide, Epilepsia, Migraña, Hipotiroidismo, etc.) mientras que el 52% (66 pacientes) no presentan ninguna comorbilidad. (Grafica 9)

Tabla 9.- Relación por rubro a la presencia de enfermedades crónico degenerativas de las mujeres ingresadas en el estudio

DM2	HAS	Mixta	Dislipidemia	Otras	Sin enfermedades
7	14	12	18	9	66

GRAFICA 9.- PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

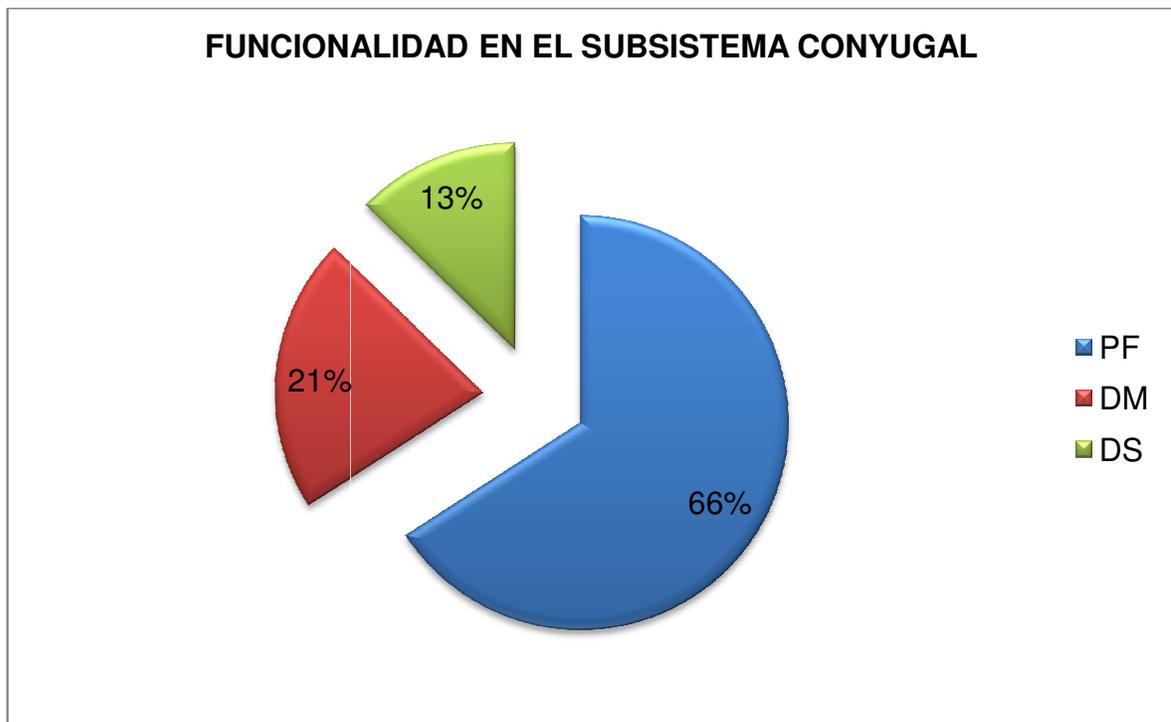
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

De un total de 126 pacientes que fueron encuestadas se obtuvo que en relación con la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal, se detectó que el 13% (16 pacientes) cursan con disfunción de pareja severa, el 21% (27 pacientes) cursan con disfunción de pareja moderada y el 66% (83 pacientes) presentan funcionalidad normal con su pareja. (Grafica 10)

Tabla 10.- Relación por rubro de funcionalidad en el subsistema conyugal en mujeres ingresadas al estudio.

Pareja Funcional PF(71-100)	Disfunción Moderada DM(41-70)	Disfunción Severa DS(0-40)	TOTAL
83	27	16	126

GRAFICA 10.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Cuestionario

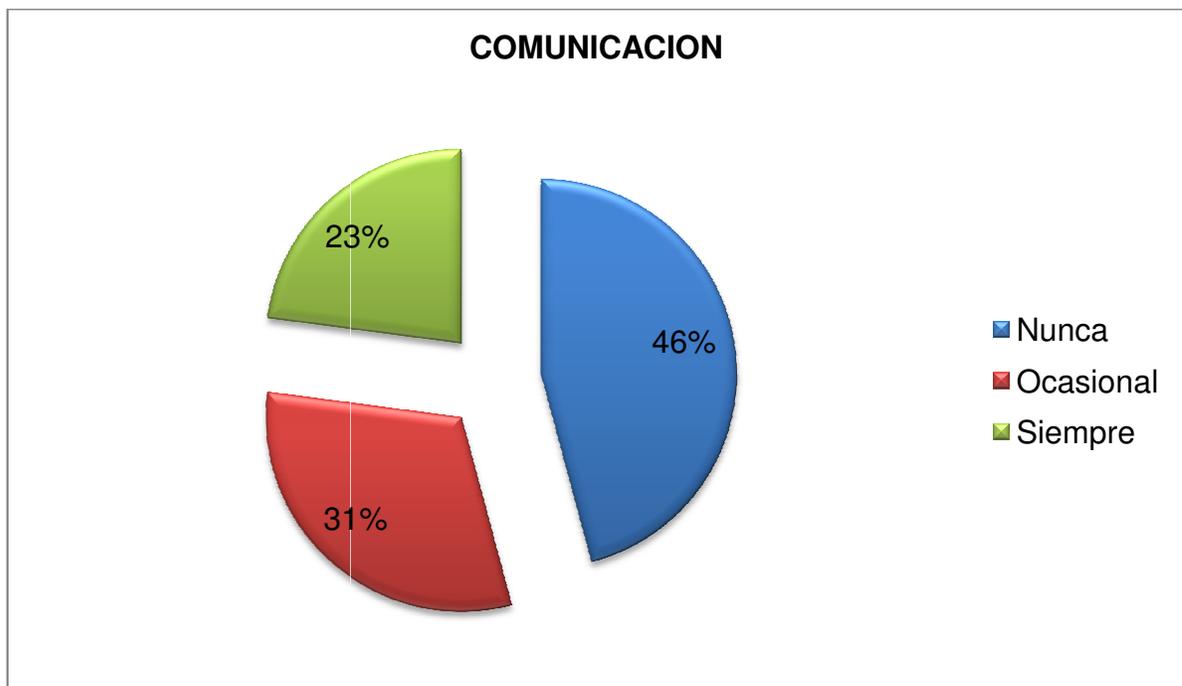
DISFUNCION SEVERA

De un total de 16 pacientes que presentan disfunción severa con su pareja, se obtuvo que en cuanto a la comunicación si es directa, clara y congruente de acuerdo al puntaje del cuestionario, el 46% nunca tienen comunicación con la pareja, el 31% se comunican de forma ocasional y el 23 % si se comunican siempre. (Grafica 11)

Tabla 11.- Relación por rubro de la comunicación en el subsistema conyugal con disfunción severa en mujeres ingresadas al estudio.

COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
22	15	11

GRAFICA 11.- COMUNICACIÓN EN MUJERES ENCUESTADA CON DISFUNCION SEVERA



Fuente: Cuestionario

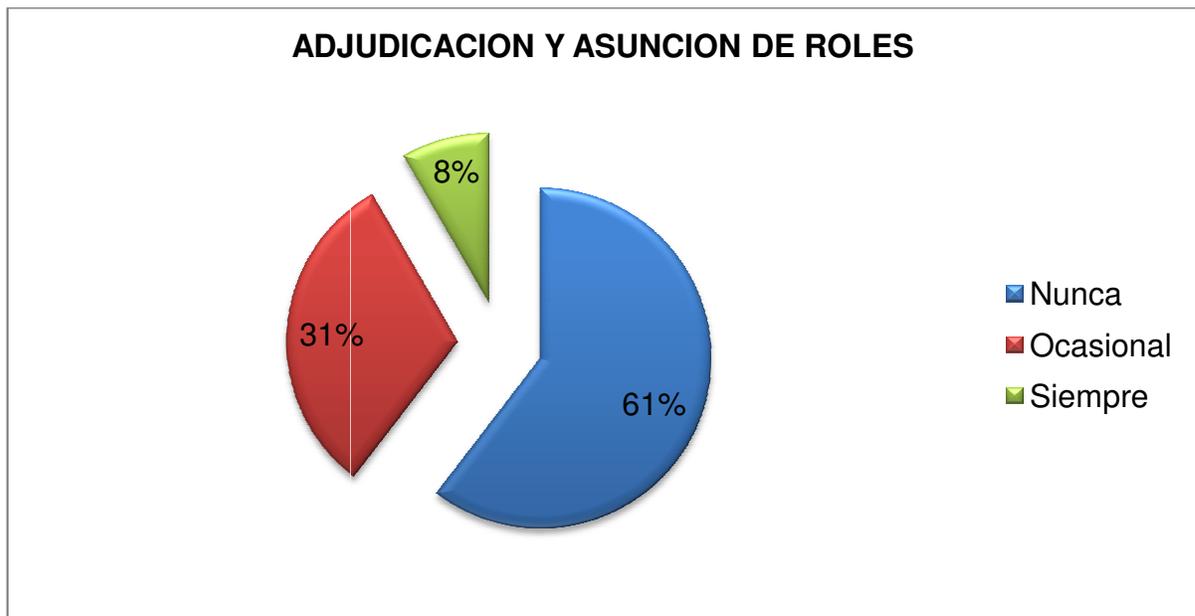
DISFUNCION SEVERA

De un total de 16 pacientes que presentan disfunción severa con su pareja, se obtuvo que en el rubro de adjudicación y asunción de roles, si estos se cumplen, si son satisfactorios y si se intercambian de acuerdo al puntaje del cuestionario, el 61% nunca establece la adjudicación y asunción de roles, el 31% lo hace de forma ocasional y el 8% siempre establecen roles y los llevan a cabo. (Grafica 12)

Tabla 12.- Relación por rubro de adjudicación y asunción de roles en el subsistema conyugal con disfunción severa en mujeres ingresadas al estudio.

ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES	FRECUENCIA	
	OCASIONAL	SIEMPRE
NUNCA		
29	15	4

GRAFICA 12.- ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION SEVERA



Fuente: Cuestionario

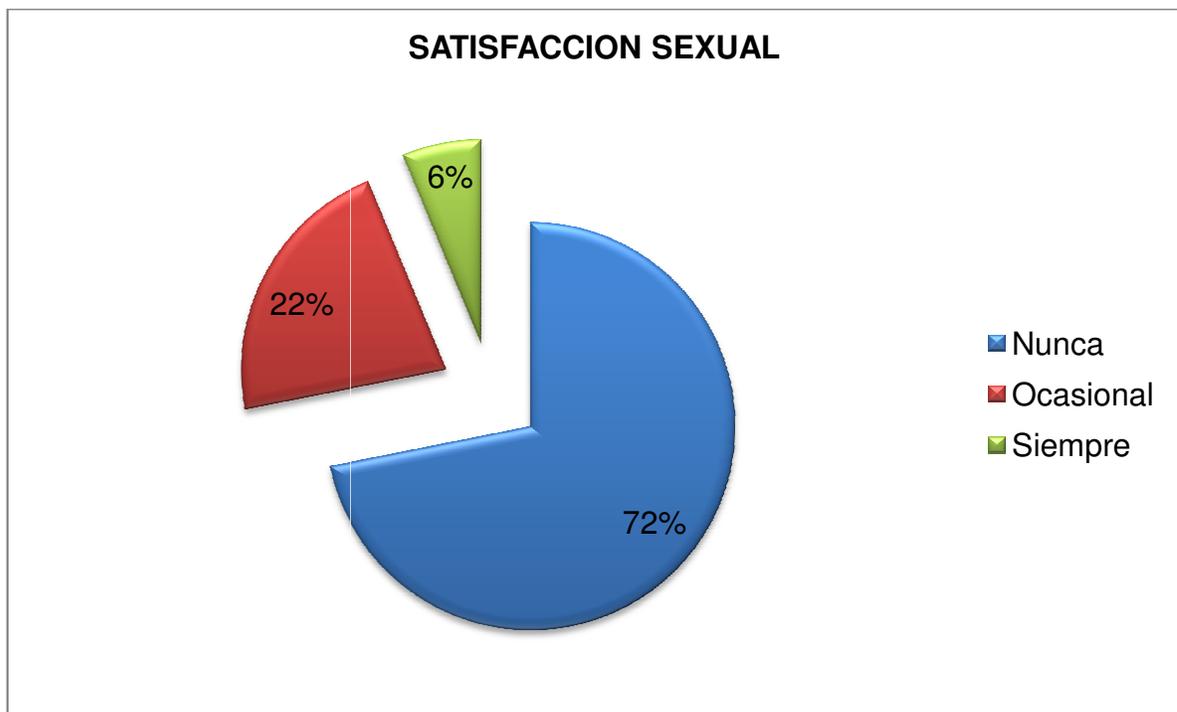
DISFUNCION SEVERA

De un total de 16 pacientes que presentan disfunción severa con su pareja, de acuerdo al puntaje del cuestionario se obtuvo que en el rubro de satisfacción sexual, se evaluara la frecuencia y la calidad, el 72% niegan satisfacción sexual, el 22% refieren que solo de forma ocasional y el 6 % refieren una adecuada satisfacción sexual. (Grafica 13)

Tabla 13.- Relación por rubro de la satisfacción sexual en el subsistema conyugal con disfunción severa en mujeres ingresadas al estudio.

SATISFACCION SEXUAL	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
23	7	2

GRAFICA 13.- SATISFACCION SEXUAL EN MUJERES ENCUESTADAS EN DISFUNCION SEVERA



Fuente: Cuestionario

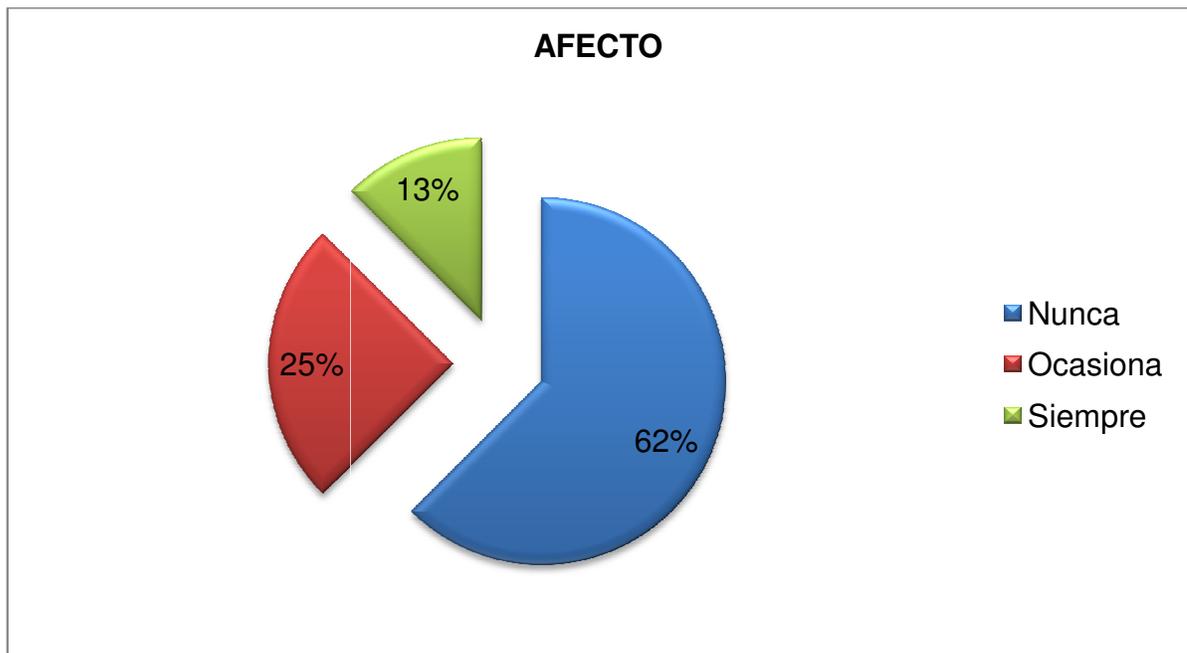
DISFUNCION SEVERA

De un total de 16 pacientes que presentan disfunción severa con su pareja, se obtuvo que en el rubro de afecto, evaluando la existencia de manifestaciones físicas de afecto, el tiempo dedicado a la pareja, el interés por el desarrollo y superación de la pareja, así como la percepción de ser queridas, el 62% niega la presencia de afecto, el 25 % refiere que es de forma ocasional y el 13% refieren si presentar afecto por parte de su pareja. (Grafica 14)

Tabla 14.- Relación por rubro de afecto en el subsistema conyugal con disfunción severa en mujeres ingresadas al estudio.

AFECTO	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
40	16	8

GRAFICA 14.- AFECTO EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION SEVERA



Fuente: Cuestionario

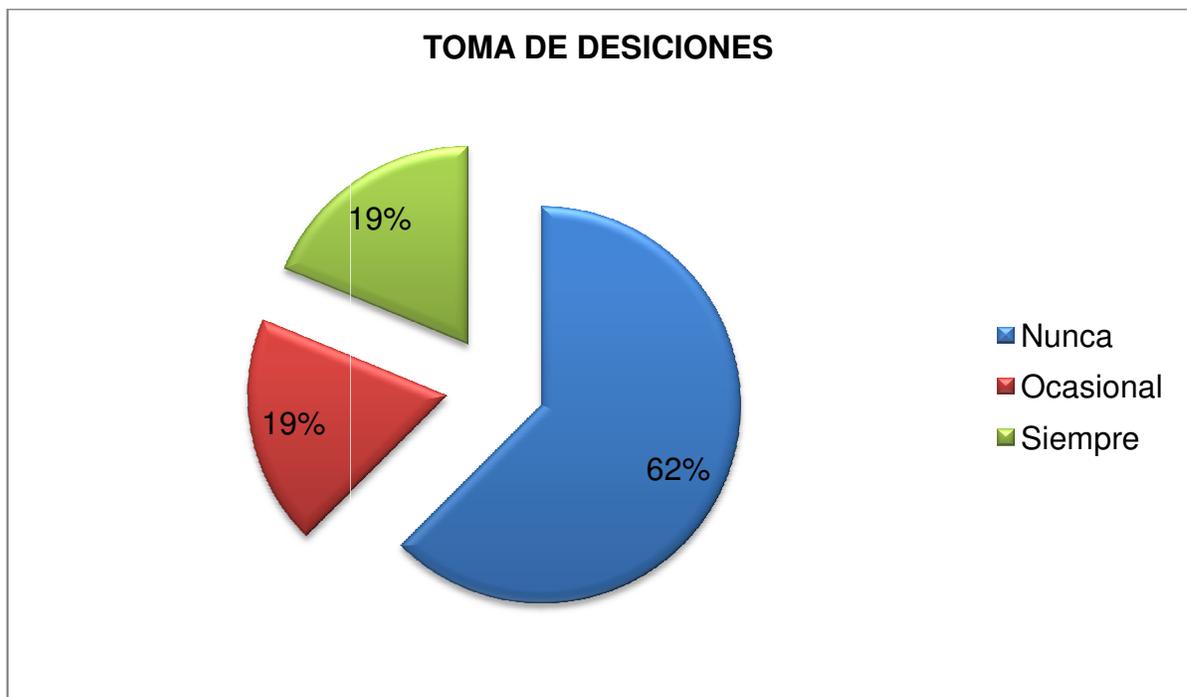
DISFUNCION SEVERA

De un total de 16 pacientes que presentan disfunción severa con su pareja, se obtuvo que en el rubro de toma de decisiones, evaluando si las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente, el 62% niegan la toma de decisiones conjuntamente, el 19% refieren que es de forma ocasional y el 19% si toman decisiones conjuntamente. (Grafica 15)

Tabla 15.- Relación por rubro de toma de decisiones en el subsistema conyugal con disfunción severa en mujeres ingresadas al estudio.

TOMA DE DECISIONES	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
10	3	3

GRAFICA 15.- TOMA DE DECISIONES EN PAREJA EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION SEVERA



Fuente: Cuestionario

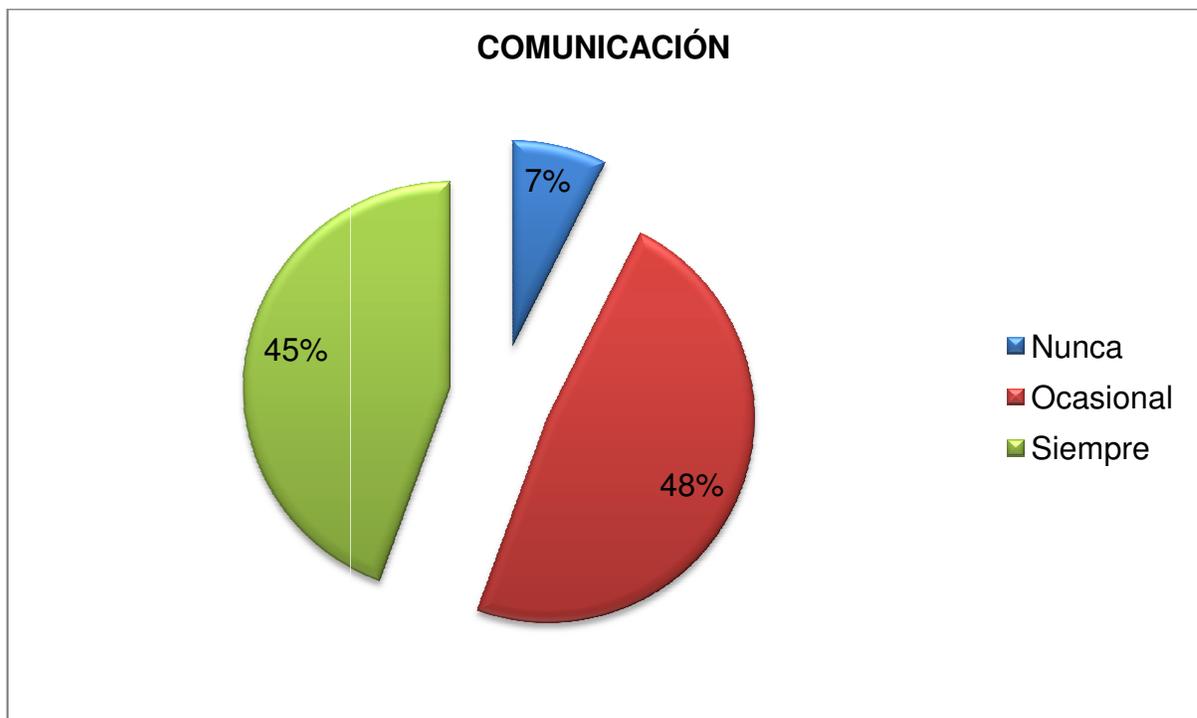
DISFUNCION MODERADA

De un total de 27 pacientes que presentan disfunción moderada con su pareja, se obtuvo que en cuanto a la comunicación si es directa, clara y congruente de acuerdo al puntaje del cuestionario, el 7% nunca tienen comunicación con la pareja, el 48% se comunican de forma ocasional y el 45 % si se comunican siempre. (Grafica 16)

Tabla 16.- Relación por rubro de la comunicación en el subsistema conyugal con disfunción moderada en mujeres ingresadas al estudio.

COMUNICACION	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
6	39	36

GRAFICA 16.- COMUNICACIÓN EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION MODERADA



Fuente: Cuestionario

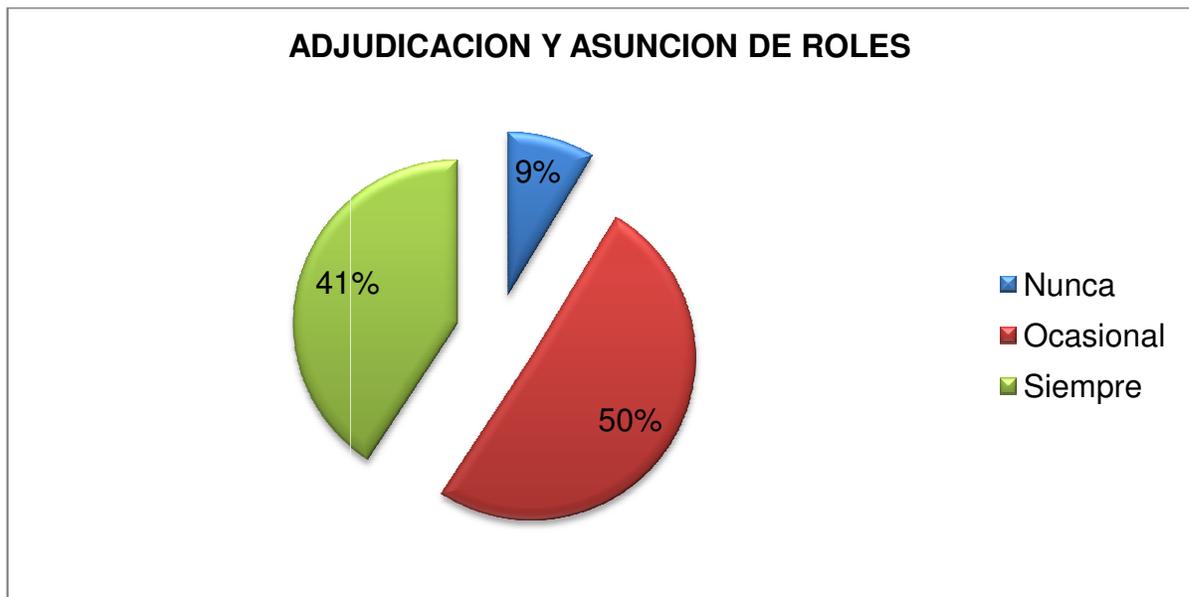
DISFUNCION MODERADA

De un total de 27 pacientes que presentan disfunción moderada con su pareja, se obtuvo que en el rubro de adjudicación y asunción de roles, si estos se cumplen, si son satisfactorios y si se intercambian de acuerdo al puntaje del cuestionario, el 9% nunca establece la adjudicación y asunción de roles, el 50% lo hace de forma ocasional y el 41% siempre establecen roles y los llevan a cabo. (Grafica 17)

Tabla 17.- Relación por rubro de adjudicación y asunción de roles en el subsistema conyugal con disfunción moderada en mujeres ingresadas al estudio.

ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
7	41	33

GRAFICA 17.- ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION MODERADA



Fuente: Cuestionario

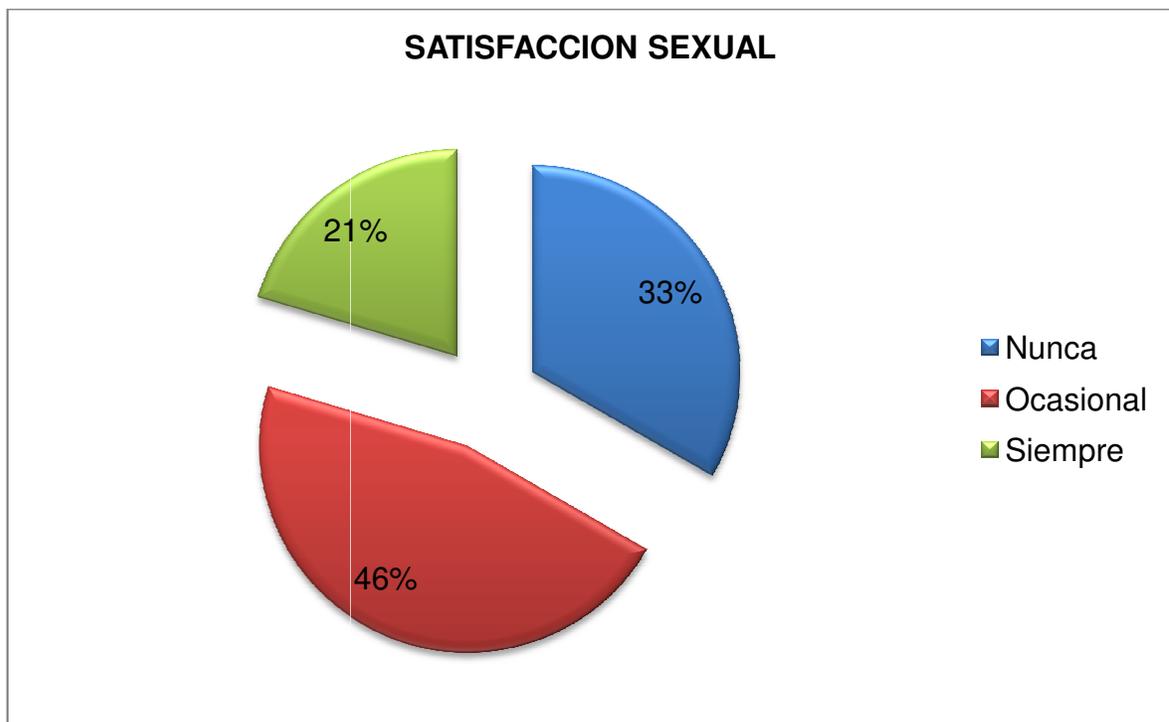
DISFUNCION MODERADA

De un total de 27 pacientes que presentan disfunción moderada con su pareja, de acuerdo al puntaje del cuestionario se obtuvo que en el rubro de satisfacción sexual, se evaluara la frecuencia y la calidad, el 33% niegan satisfacción sexual, el 46% refieren que solo de forma ocasional y el 21% refieren una adecuada satisfacción sexual. (Grafica 18)

Tabla 18.- Relación por rubro de la satisfacción sexual en el subsistema conyugal con disfunción moderada en mujeres ingresadas al estudio.

SATISFACCION SEXUAL	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
18	25	11

GRAFICA 18.- SATISFACCION SEXUAL EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION MODERADA



Fuente: Cuestionario

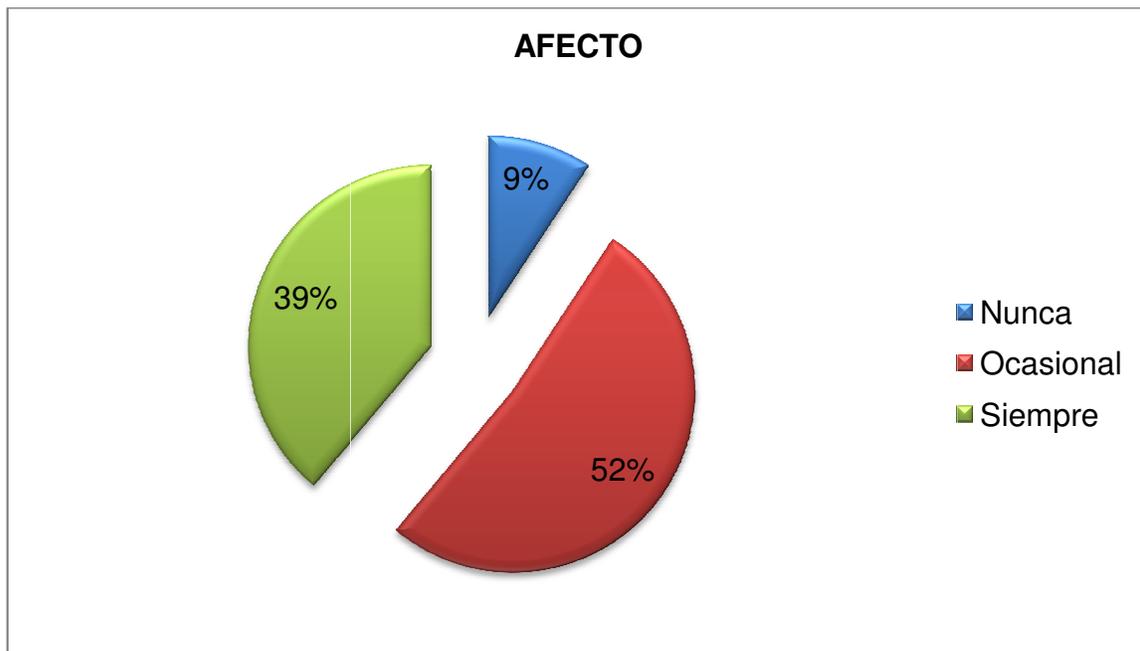
DISFUNCION MODERADA

De un total de 27 pacientes que presentan disfunción moderada con su pareja, se obtuvo que en el rubro de afecto, evaluando la existencia de manifestaciones físicas de afecto, el tiempo dedicado a la pareja, el interés por el desarrollo y superación de la pareja, así como la percepción de ser queridas, el 9% niega la presencia de afecto, el 52 % refiere que es de forma ocasional y el 39% refieren si presentar afecto por parte de su pareja. (Grafica 19)

Tabla 19.- Relación por rubro de afecto en el subsistema conyugal con disfunción moderada en mujeres ingresadas al estudio.

AFECTO	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
10	56	42

GRAFICA 19.- AFECTO EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION MODERADA



Fuente: Cuestionario

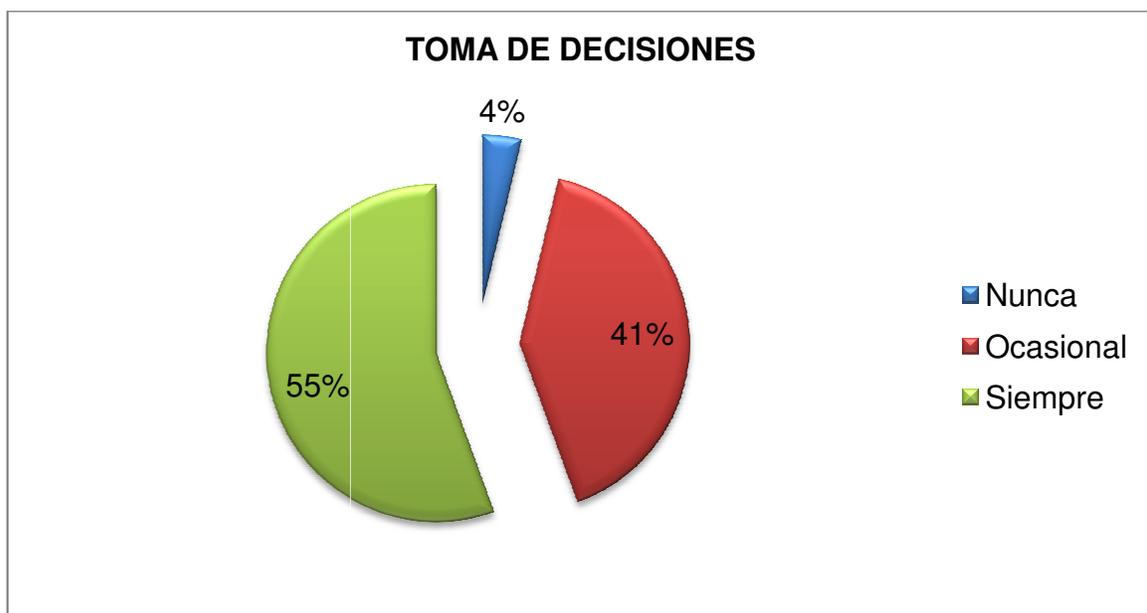
DISFUNCION MODERADA

De un total de 27 pacientes que presentan disfunción moderada con su pareja, se obtuvo que en el rubro de toma de decisiones, evaluando si las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente, el 4% niegan la toma de decisiones conjuntamente, el 41% refieren que es de forma ocasional y el 55% si toman decisiones conjuntamente. (Grafica 20)

Tabla 20.- Relación por rubro de toma de decisiones en el subsistema conyugal con disfunción moderada en mujeres ingresadas al estudio.

TOMA DE DECISIONES	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
1	11	15

GRAFICA 20.- TOMA DE DECISIONES EN MUJERES ENCUESTADAS CON DISFUNCION MODERADA



Fuente: Cuestionario

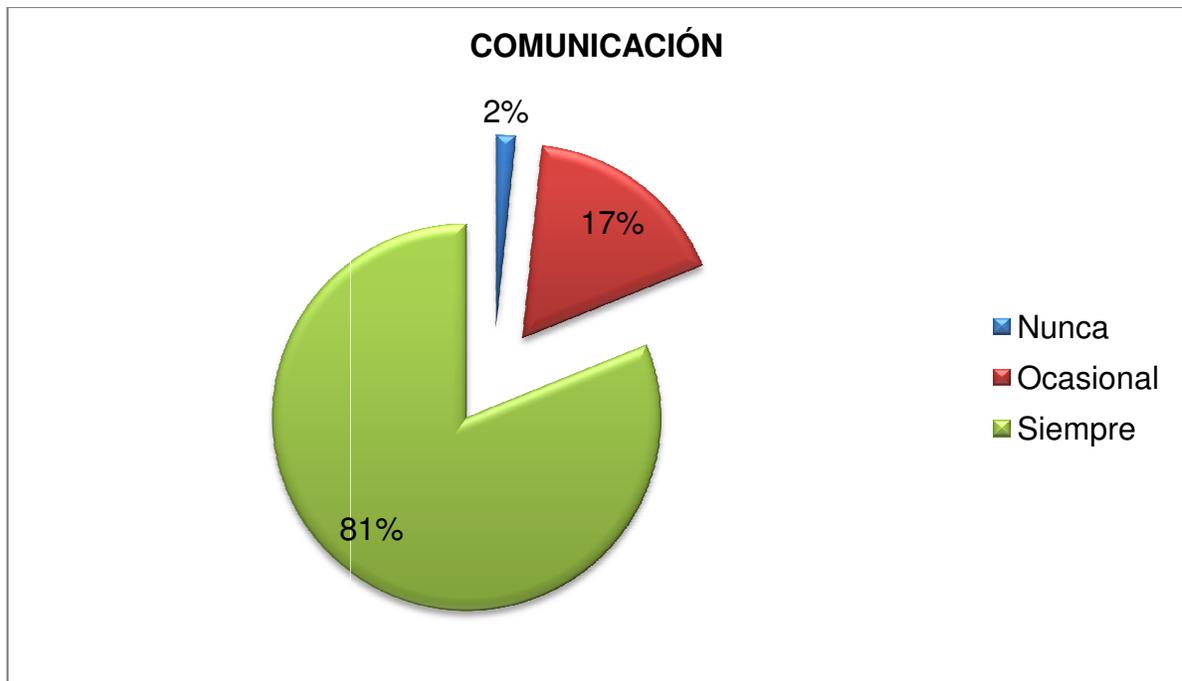
PAREJA FUNCIONAL

De un total de 83 pacientes que presentan funcionalidad con su pareja, se obtuvo que en cuanto a la comunicación si es directa, clara y congruente de acuerdo al puntaje del cuestionario, el 2% nunca tienen comunicación con la pareja, el 17% se comunican de forma ocasional y el 81 % si se comunican siempre. (Grafica 21)

Tabla 21.- Relación por rubro de la comunicación en el subsistema conyugal con funcionalidad en mujeres ingresadas al estudio.

COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
4	43	202

GRAFICA 21.- COMUNICACIÓN EN MUJERES ENCUESTADAS CON FUNCIONALIDAD



Fuente: Cuestionario

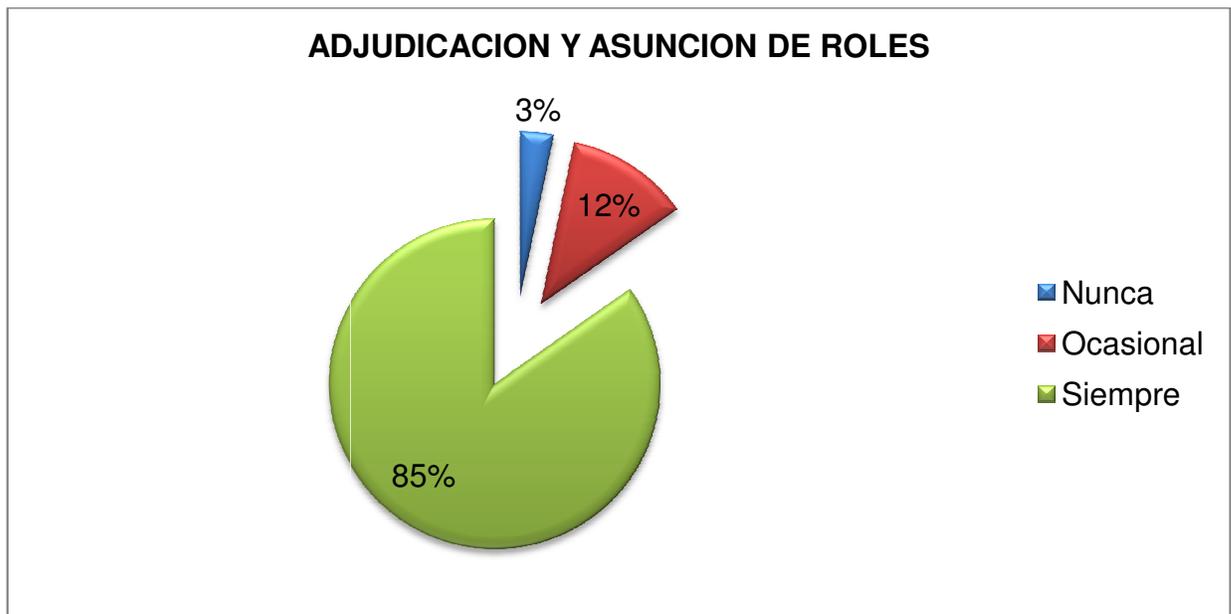
PAREJA FUNCIONAL

De un total de 83 pacientes que presentan disfunción moderada con su pareja, se obtuvo que en el rubro de adjudicación y asunción de roles, si estos se cumplen, si son satisfactorios y si se intercambian de acuerdo al puntaje del cuestionario, el 3% nunca establece la adjudicación y asunción de roles, el 12% lo hace de forma ocasional y el 85% siempre establecen roles y los llevan a cabo. (Grafica 22)

Tabla 22.- Relación por rubro de adjudicación y asunción de roles en el subsistema conyugal con funcionalidad en mujeres ingresadas al estudio.

ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
8	30	211

GRAFICA 22.- ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES EN MUJERES ENCUESTADAS CON FUNCIONALIDAD



Fuente: Cuestionario

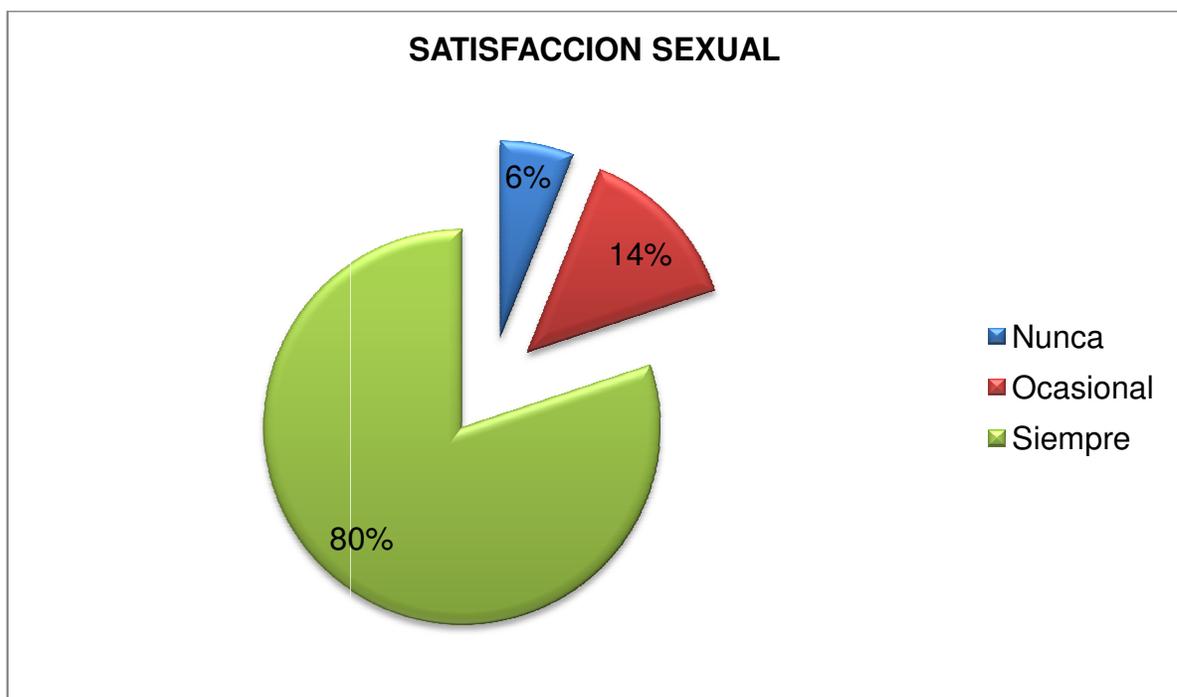
PAREJA FUNCIONAL

De un total de 83 pacientes que presentan funcionalidad con su pareja, de acuerdo al puntaje del cuestionario se obtuvo que en el rubro de satisfacción sexual, se evaluara la frecuencia y la calidad, el 6% niegan satisfacción sexual, el 14% refieren que solo de forma ocasional y el 80% refieren una adecuada satisfacción sexual. (Grafica 23)

Tabla 23.- Relación por rubro de la satisfacción sexual en el subsistema conyugal con funcionalidad en mujeres ingresadas al estudio.

SATISFACCION SEXUAL	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
10	23	133

GRAFICA 23.- SATISFACCION SEXUAL EN MUJERES ENCUESTADAS CON FUNCIONALIDAD



Fuente: Cuestionario

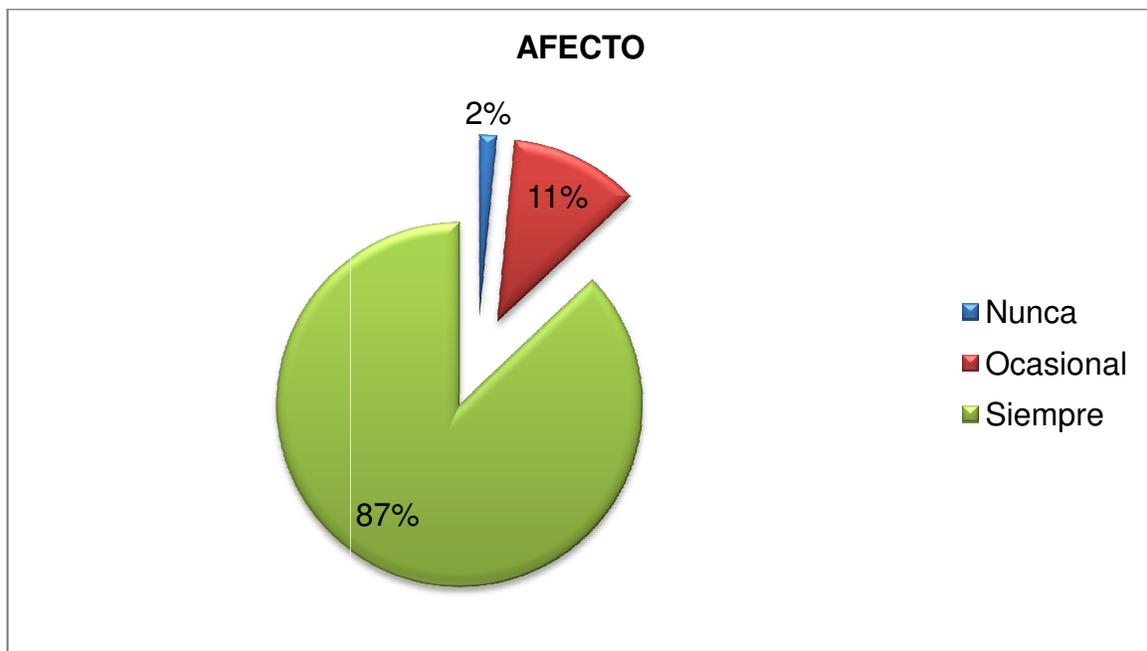
PAREJA FUNCIONAL

De un total de 83 pacientes que presentan funcionalidad con su pareja, se obtuvo que en el rubro de afecto, evaluando la existencia de manifestaciones físicas de afecto, el tiempo dedicado a la pareja, el interés por el desarrollo y superación de la pareja, así como la percepción de ser queridas, el 2% niega la presencia de afecto, el 11 % refiere que es de forma ocasional y el 87% refieren si presentar afecto por parte de su pareja. (Grafica 24)

Tabla 24.- Relación por rubro de afecto en el subsistema conyugal con funcionalidad en mujeres ingresadas al estudio.

AFECTO	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
5	38	289

GRAFICA 24.- AFECTO EN MUJERES ENCUESTADAS CON FUNCIONALIDAD



Fuente: Cuestionario

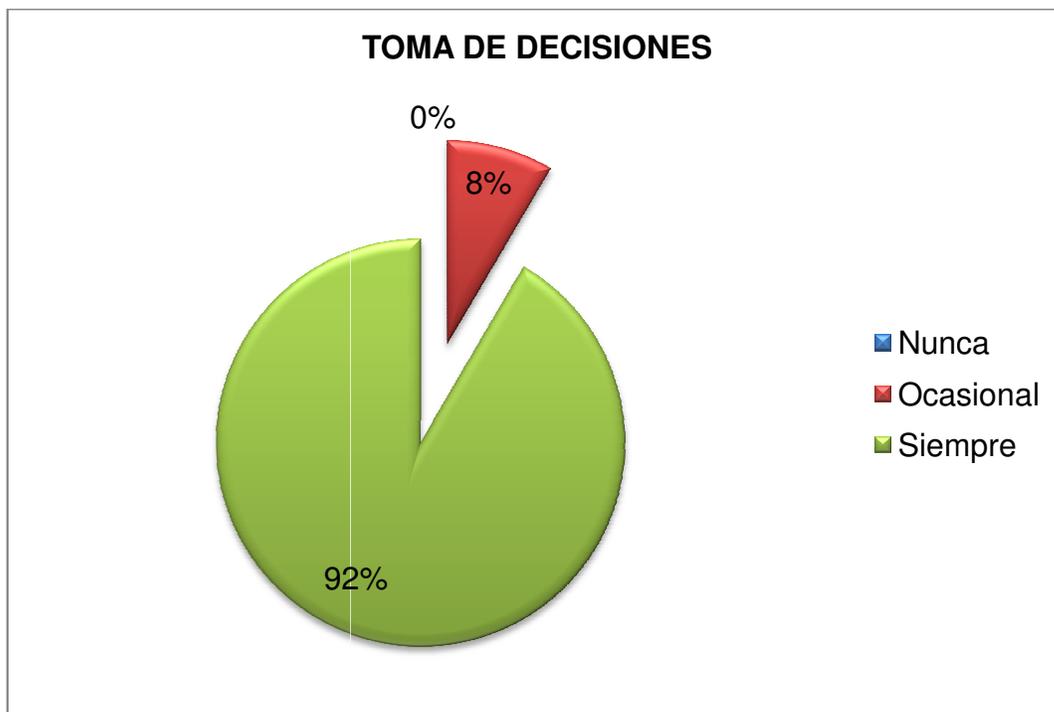
PAREJA FUNCIONAL

De un total de 83 pacientes que presentan funcionalidad con su pareja, se obtuvo que en el rubro de toma de decisiones, evaluando si las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente, el 0% niegan la toma de decisiones conjuntamente, el 8% refieren que es de forma ocasional y el 92% si toman decisiones conjuntamente. (Grafica 25)

Tabla 25.- Relación por rubro de toma de decisiones en el subsistema conyugal con funcionalidad en mujeres ingresadas al estudio.

TOMA DE DECISIONES	FRECUENCIA	
NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
0	7	76

GRAFICA 25.- TOMA DE DECISIONES EN MUJERES ENCUESTADS CON FUNCIONALIDAD



Fuente: Cuestionario

8. DISCUSIÓN

En el siguiente trabajo de investigación para identificar la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en mujeres con síndrome climatérico, realizado en el Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec, se detectó a mujeres en etapa de climaterio con funcionalidad normal en un 66%, en disfunción moderada en un 21%, mientras las mujeres que cursan con una disfunción severa ocupan un 13%.

Desglosando todo el estudio realizado, podemos decir que dentro de las 126 mujeres estudiadas, actualmente se obtiene un mayor porcentaje de mujeres profesionistas, dedicadas al hogar, siendo este un gran factor, para la severidad de los síntomas que en esta etapa se presentan, así como la obesidad y el sobrepeso entre otros factores.

Dentro de las mujeres que cursan con una disfunción severa, podemos establecer, que la comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, se encuentran dañados estos puntos en su mayor porcentaje, a diferencia de las que cursan con disfunción moderada, solo de forma ocasional se encuentran dañados.

Se hace comparativo con un estudio que se aplicó en México en la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, en el 2004 (Salazar-Colín E. y cols, Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores, Archivos en Medicina Familiar. Vol.7 (2)45-48, 2005). Donde se aplicó el instrumento de Chávez Aguilar y Velasco a pacientes hiperutilizadores del servicio médico, en donde el propósito de este estudio era identificar la funcionalidad conyugal y su relación con los motivos de consulta de las pacientes hiperutilizadores, encontrando como conclusión que la disfunción conyugal no es el factor responsable de la sintomatología de la paciente si no solo es un factor agregante.

Cabe mencionar que en la literatura cubana (Navarro D.D y Fontaine S.Y, síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana, Rev. Cubana Med Gen Integral 2001; 17(2):169-76) reporta que el apoyo y la

comprensión familiar de las pacientes con síndrome climaterio es de forma regular.

Es importante explicar que ante el cruce de los resultados obtenidos con lo reportado de la literatura, cabe resaltar que son estudios con diferentes propósitos, por lo que el resultado puede diferir con el tema de este estudio.

Aunque los resultados obtenidos no difieren de lo ya reportado previamente considero que la mujer en etapa de climaterio enfrenta una crisis condicionada por el desgaste orgánico y la disminución de la producción de estrógenos, esto aunado a la funcionalidad de la familia a la cual pertenece puede ser un factor que incremente la sintomatología de manera importante en lo referente a labilidad emocional.

Si bien el Síndrome de Climaterio y la menopausia representa el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral esta etapa de la vida involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares entre otros, que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud ⁽²⁵⁾.

Las alteraciones presentadas por estas pacientes están dados por diversos factores, que van desde las alteraciones neuroendocrinas de esta etapa, hasta las costumbres, lo aprendido de su familia y de la sociedad. Según la forma en que se viva y se acepte la sexualidad, ésta será fuente de dicha y satisfacciones, o de angustias, conflictos y frustraciones ⁽²⁵⁾.

Conviene destacar que el médico familiar debe estar capacitado para otorgar una atención diagnóstica y terapéutica integral con calidad y de referencia para la colaboración interdisciplinaria del ginecólogo, psicólogo. Por otro lado, es necesario que las organizaciones proporcionen al médico las herramientas y la tecnología apropiadas para facilitar su desempeño y potencializar la efectividad de las acciones brindadas con el fin de obtener el mejor resultado en salud.

En general nuestros resultados confirman la necesidad de reconocer que el climaterio, constituye una etapa particular en la vida de la mujer, y por tanto se necesita establecer un programa de educación para la salud donde se haga énfasis en los cambios que ocurren en el organismo femenino como resultado de la función gonadal, con lo cual se logrará sensibilizar a familiares, amigos y compañeros para que brinden el apoyo que ella espera y necesita. Por otra parte el Médico de Familia debe conocer las particularidades de esta etapa, a fin de poder realizar el diagnóstico preciso en cada caso y establecer la conducta más adecuada para cada mujer, con independencia de que esta conozca o no acerca del climaterio y sus consecuencias ⁽³¹⁾.

Dentro de las debilidades de este estudio es importante mencionar que la evaluación del funcionamiento en el subsistema conyugal solo se aplicó a un integrante de la familia y puede ser un sesgo en los resultados. Ya que como previamente se mencionó la funcionalidad familiar es sumamente compleja por lo que un instrumento de medición es un recurso limitado para establecer el diagnóstico.

9. CONCLUSIONES

La etapa climatérica constituye un período de adaptabilidad y conocimiento en relación con cambios en la vida de la mujer lo que se expresa tanto biológica como socialmente. Durante este proceso la mujer se torna más "vulnerable y susceptible" a las relaciones dentro del entorno familiar.

A través del presente trabajo se evaluó la funcionalidad familiar en mujeres en etapa de climaterio utilizando la evaluación socio dinámica del subsistema conyugal del Dr. Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velasco Orellana, ante nuestra pregunta de estudio "¿Existe funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en pacientes con síndrome de climaterio que acuden a consulta externa en el Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec?". Tenemos que de 126 pacientes estudiadas se demostró que 16 pacientes presentan disfuncionalidad severa siendo un porcentaje bajo para el total de pacientes estudiadas, 27 pacientes

muestran disfunción moderada y en 83 pacientes se detecta funcionalidad de pareja. Considero que por los resultados obtenidos la disfuncionalidad no es atribuible al climaterio, más bien es una problemática ya existente previamente y el climaterio sólo es un factor que se agrega, sin embargo desde el punto de vista psicosocial estas pacientes necesitan mayor apoyo, comprensión familiar y conyugal. Ya que la familia es vital para el equilibrio emocional-afectivo de estas pacientes.

Los datos obtenidos en este estudio nos muestra que de 126 pacientes con síndrome climatérico 46 pacientes están en el rango de edad de 40-44 años, 40 pacientes en el rango de 45-49 años, 21 pacientes en el rango de 50-54 años, y 19 pacientes en el rango de 56-60 años. En cuanto a su estado civil 120 pacientes refirieron estar casadas, y solo 6 pacientes se encuentran bajo unión libre. Dentro de la escolaridad se especifica que 33 pacientes concluyeron solamente la primaria, 27 pacientes la secundaria, 28 pacientes la preparatoria y 38 pacientes culminaron sus estudios profesionales, en relación a la ocupación se detectó que 74 pacientes se dedican al hogar y 52 trabajan.

Así mismo dentro de las 126 pacientes estudiadas se detectó que 7 pacientes cursan con una comorbilidad como Diabetes Mellitus 2, 14 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, 12 pacientes cursan con Diabetes Mellitus 2 o Hipertensión Arterial Sistémica mas dislipidemia, 18 pacientes presentan solo dislipidemia, y 6 pacientes cursan con otras comorbilidades como migraña, hipotiroidismo, artritis reumatoide, etc. Y 66 pacientes refieren no cursan con alguna patología crónica degenerativa, en cuanto a la realización de ejercicio se encontró que 60 pacientes refieren realizar ejercicio, 60 pacientes reportan no realizar ejercicio y 16 pacientes solo de forma ocasional.

También se encontró que solo 23 pacientes de las 126 estudiadas que acuden a la consulta externa utilizan terapia hormonal de reemplazo de tipo oral y 107 pacientes refieren no utilizarla, se reporta que a 19 pacientes se les realizo histerectomía y 107 pacientes no refieren histerectomía.

Entre los factores modificables que podemos valorar en estas pacientes para mejorar la calidad de vida durante esta etapa que cursan es la obesidad, el sedentarismo, el control de las comorbilidades, el uso de terapia hormonal para la prevención de la pérdida de la masa ósea, la disminución en la incidencia de fracturas y la mortalidad cardiovascular, sin embargo también hay que evaluar las complicaciones que presenta la toma de terapia hormonal de forma individual.

Para la evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal se utilizó el cuestionario antes descrito que evalúa por ítems cada una de las funciones de la pareja obteniendo como resultados que de las 16 pacientes que cursan con disfunción severa en la función de la comunicación con tres ítems con una escala de 0-30 puntos, se detecta que 22 puntos nunca tiene comunicación, 15 puntos se comunican de forma ocasional y 11 puntos siempre se comunican. En la función de adjudicación y asunción de roles, con 3 ítems con una escala de 0-15 puntos se encontró que 29 puntos nunca llevan a cabo esta función, 15 lo realizan de forma ocasional y 4 siempre llevan a cabo esta función. En la función de satisfacción sexual con 2 ítems, la escala de calificación va de 0-20 puntos, se encontró 23 nunca, 7 ocasional y 2 siempre. En la función de afecto calificando 4 ítems con puntaje de 0-20 se encontró 40 puntos nunca, 16 de forma y siempre 8 puntos y en la función de toma de decisiones con un ítem se califica 0-15, se encontró 10 nunca, 3 ocasional, 3 siempre.

Dentro de las 27 pacientes que cursan con disfunción moderada de acuerdo a los ítems calificados se encontró lo siguiente en relación con la comunicación 6 puntos nunca, 39 puntos de forma ocasional, 36 puntos siempre, en la función de adjudicación y asunción de roles encontramos 7 puntos nunca, 41 puntos ocasional, 33 puntos siempre, en la función de satisfacción sexual encontramos 18 puntos nunca, 25 puntos de forma ocasional, 11 puntos siempre, en la función de afecto 10 puntos nunca, 56 puntos ocasional y siempre 42 puntos, en la toma de decisiones 1 nunca, 11 ocasional, 15 siempre.

Dentro de las 83 pacientes que cursan con funcionalidad de pareja de acuerdo a los ítems calificados se encontró en la comunicación 4 puntos nunca, 43 puntos

ocasional, 202 puntos siempre, en adjudicación y asunción de roles 8 puntos nunca, 30 puntos ocasional, 211 puntos siempre, en satisfacción sexual 10 nunca, 23 ocasional, 133 siempre, en afecto 5 nunca, 38 ocasional, 289 siempre, toma de decisiones 7 ocasional y 76 siempre.

Las funciones más afectadas que se detectaron en las pacientes con síndrome climatérico, son la satisfacción sexual y el afecto que se demuestra entre la pareja, por lo que sería importante ahondar en estos temas sin dejar atrás las otras funciones dentro de la pareja.

En el sistema familiar los factores modificables a evaluar en estas pacientes para mejorar la funcionalidad de pareja, es mejorar la comunicación explicándoles que esta tiene que ser directa, clara, congruente, no expresar dobles mensajes, explicarles lo que es un rol, establecer entre ellos los roles que a cada uno le corresponden, hablar entre ellos sobre su sexualidad, no olvidar explicarles que ante todo se deben de mostrar respeto, afecto, apoyo e interés entre ellos, es importante que las decisiones que se toman entre pareja y para la familia deben de ser en conjunto. Informar suele ser sencillo, pero educar y concientizar exige más tiempo y esfuerzo.

Considero importante profundizar en el estudio de la dinámica familiar y conyugal en estas pacientes, pues esto es muy importante no solamente para mejorar su calidad de vida, sino también por la influencia que pueda tener en el bienestar emocional.

Es importante mencionar que la mujer en etapa de climaterio es muy susceptible en caer en estado de depresión, además de toda la sintomatología que arrastra el síndrome de climaterio, por lo que considero importante canalizar a estas paciente inmediatamente al servicio de ginecología, así como psicología y un buen control por parte del médico familiar, esto para disminuir los costos que ocasiona una mala atención de estas mujeres, ya que se pueden ir complicando a lo largo de esta etapa si se da un mal manejo en la etapa del ciclo evolutivo de cada paciente.

Lo que se concluye en poder crear en el instituto un programa de educación a la paciente con síndrome climatérico, así como dar orientación a sus familiares con pláticas o cursos que se puedan formar y designar un día específico para su atención de los mismos, y que se lleven a cabo por personal de salud capacitado.

10. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Es importante que el médico familiar tome en cuenta que la mujer en etapa de climaterio, es vulnerable y puede influir el grado de funcionalidad familiar, sobre todo la comunicación que se lleve a cabo entre la pareja siendo el cuestionario del subsistema conyugal un instrumento de medición fácilmente aplicable, sería conveniente que durante la consulta se aplicara este cuestionario a esta población con la finalidad de establecer estrategias que complementen el manejo de la mujer en la etapa de climaterio así como la orientación en esta etapa que cursan estas mujeres.

Por lo que sugiero:

- Se lleve a cabo capacitación continua a todo el personal de salud de lo que es la mujer en etapa de climaterio.
- Se involucre a todo el grupo multidisciplinario de salud en el tratamiento integral de la mujer en etapa del climaterio.
- Se aplique el cuestionario de funcionalidad familiar, en el subsistema conyugal de forma inicial para determinar la funcionalidad de pareja. Sería importante la capacitación de los médicos que no conocen este tipo de instrumentos para la evaluación familiar.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso DMA. Climaterio, Programa de Atención a la Salud Afectivo Sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R). Dir. de programas asistenciales, abril 2007: 12-54.
2. Zarco RJ, Climaterio, Rev. SEMERGEN Documentos clínicos, Edicomplet 2008, 8-21, 61-66.
3. Guía de Referencia Rápida, Atención del Climaterio y Menopausia, Consejo de Salubridad General, Gobierno Federal, 2-14.
4. Vega MG, Hernández LA, Leo AG, Vega MJ, Escartin ChM, Luengas MJ, Guerrero LMG, Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas, REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(5).
5. Vázquez MV, Morfin MJ, Motta ME. Estudio del Climaterio y la Menopausia. REV GINECOL OBSTET MEX 2009; 77(9): 253-276.
6. Lugones BM, El climaterio y el Síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural, Rev. Cubana Med Gen Integral 2001; 17(2):206-8.
7. Rodríguez F, Guía Climaterio, atención integral de la salud de la mujer en climaterio para el primer nivel de atención, Montevideo-Uruguay 2009, 8-9.
8. Pisabarro R, Metabolismo y climaterio: la visión de un endocrinólogo, Rev. Med Uruguay 2000; 16: 144-151.
9. Hernández-VM, Córdova PN, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Vargas A, Ruiz M, Manuel L, Zárate A, Frecuencia de los síntomas del síndrome climatérico, Ginecol Obstet Mex 2010; 78(4):232-237.
10. Pilnik S, Figueroa CP, Síndrome Metabólico y Menopausia: fisiopatología, diagnóstico y prevención. Revista de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva, 13-17.
11. Castillo CV, Salgueiro MME, Salvatierra ME, Castillo VG. Síndrome Menopáusico, Rev. Paceaña Med Fam. 2007; 4(5): 67-75.

12. Gómez FO, Rivera FS, De la Cruz AL, Santamaría BM, Flores BO, Herrera VJ, Factores asociados con las alteraciones sexuales en mujeres durante el climaterio, Arch Inv. Mat Inf.2011; III (2):88-92.
13. Arena FJ. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina REV CHIL OBSTET GINECOL 2006; 71(2).
14. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la Perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.
15. Arriagada MM. Arteaga UE. Bianchi PM, Brantes GS, Montañó VR, Osorio FE, Pardo SM, Rencoret VC, Suárez PE, Valderrama CO, Valdivia BI, Villaseca DP, Recomendaciones de tratamiento en la menopausia, REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(5).
16. Huerta GJ, Medicina Familiar, 2005 Editorial Alfil, 14,15, 85-102.
17. González GJ, La Familia como Sistema, Rev. Pacea Med Fam. 2007; 4(6): 111-114.
18. Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons ÁO, Medicina Familiar, 2008 Corinter, 227-278, 411-434.
19. Herrera PM, La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud
20. Sentí [http: www.alcoholinformate. Org .mx/ familia](http://www.alcoholinformate.org.mx/familia). Cfm articulo =143
21. Zaldívar PD, Funcionamiento Familiar, Psicología de la Familia. 2002, 1-4.
22. Martínez NM, Funcionalidad y Disfuncionalidad de la Familia (perspectiva de la psicoterapia familiar), 319-226.
23. Chávez AV, Velazco OR, Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal, criterios para su evaluación, Rev. Med IMSS (MEX) 1994; 32: 39-43.
24. Rondón M, Aspectos Sociales y Emocionales del Climaterio: evaluación y manejo, Rev. Per Ginecol Obstet. 2008; 54:99-107.
25. Lugones BM, Valdés SS, Pérez PJ, CLIMATERIO, FAMILIA Y SEXUALIDAD Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2):134-9.

26. Salazar-CE, Boschetti FB, Monroy CC, Ponce RR, Irigoyen-CA. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores, Archivos en Medicina Familiar. Vol.7 (2)45-48, 2005.
27. Parra C, Evaluación del conflicto de pareja desde la perspectiva cognoscitiva conductual, 1-11.
28. Mendoza SLA, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza SHF, Pérez HC. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria, Archivos en Medicina Familiar Vol. 8 (1) 2006, 27-32.
29. Alonzo CP, Delgado SA, Ribes RM, Guía de práctica clínica menopausia y postmenopausia, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, mayo 2004, 28-82.
30. Boletín Terapéutico ANDALUZ, Terapia Hormonal Sustitutiva, Año XVIII, nº 20, 2002, 13-35
31. Navarro D.D y Fontaine S.Y, síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana, Rev. Cubana Med Gen Integral 2001; 17(2):169-76.

12. ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Estoy consciente y de acuerdo en que se me incluya en el estudio clínico titulado:

“Identificación de la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en pacientes con síndrome de climaterio que acuden a consulta externa en el Hospital Regional ISSEMYM Ecatepec “

He sido informada por el realizador del estudio la Dra. Evelyn Patricia Nava Bocanegra sobre el estudio en cuestión. Sé que responderé a las preguntas que se me hagan exclusivamente de carácter médico y relacionado al estudio mencionado.

Se me evaluará y si soy portadora de Síndrome Climatérico acuerdo a los criterios utilizados para diagnosticar dicho padecimiento, se me aplicara el cuestionario sobre la funcionalidad familiar, en el subsistema conyugal.

Se me ha informado que este estudio es con la finalidad de evaluar la funcionalidad en el subsistema conyugal, lo que puede ser de utilidad en un futuro para proporcionar información sobre si el climaterio influye sobre la disfuncionalidad familiar, en el subsistema conyugal.

Me proporcionarán un cuestionario el que contestaré la funcionalidad conyugal que vico con mi pareja

Toda la información sobre mí solo se utilizará para los resultados del estudio. Se me informará en caso de solicitarlo, sobre los adelantos del estudio.

He sido invitado(a) para participar en el presente estudio de manera voluntaria, comentándoseme de que decidiré si acepto o no dicha invitación, pudiendo retirar dicha invitación en el momento que yo lo decida sin que esto afecte al tratamiento posterior que deba dárseme en el servicio de Consulta Externa.

Leído lo anterior y estando de acuerdo en ello firmo la presente carta en presencia del investigador y dos testigos.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA

TESTIGOS:

NOMBRE

FIRMA

Ecatepec de Morelos a _____ de _____ 2012

INSTRUMENTO APLICADO A LAS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM ECATEPEC QUE PADECEN SINDROME DE CLIMATERIO.

**CUESTIONARIO 1
GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS**

A continuación se le formulara una serie de preguntas de carácter confidencial por lo que le pedimos la mayor sinceridad posible con el objeto de garantizar los datos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

Clave ISSEMyM del paciente: _____

Marque con una X la respuesta correcta

1.- Grupo de edad a la que usted pertenece

- a) 40 – 44 años
- b) 45 – 49 años
- c) 50 – 54 años
- d) 55 – 59 años

2.- Estado Civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión estable
- d) Divorciada
- e) Viuda

3.- Nivel de escolaridad

- a) Primaria
- b) Secundaria

- c) Preparatoria o técnica
- d) profesional

4.- Ocupación _____

5.- Utiliza Terapia Hormonal Ginecológica

- a) Si
- b) No

6.- Le han realizado alguna cirugía ginecológica _____

7.- Cual es su Peso _____

8.- Cual es su Talla _____

9.- Realiza Ejercicio

- a) Si
- b) No

10.- Padece alguna enfermedad Crónica

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión Arterial o enfermedades del corazón
- c) colesterol y Triglicéridos altos
- d) Otras (cuales)

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I.- Comunicación			
a) Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y no verbal	0	5	10
II.- Adjudicación y asunción de roles:			
a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III.- satisfacción sexual.			
a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV.- afecto.			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridas por su pareja	0	2.5	5
V.- Toma de decisiones.			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15
Total			

CRONOGRAMA 2012 – 2013

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Tema	x																					
Marco		x	x	x				x	x		x											
Realización de cuestionarios				x	x	x	x	x														
Autorización y aplicación cuestionarios				x	x	x	x	x	x	x												
Recopilación de cuestionarios							x	x	x	x												
Revisión de cuestionarios									x	x	x											
Captura de resultados											x	x										
Realización de graficas											x	x	x	x								
Análisis de resultados													x	x	x	x						
conclusiones															x	x	x	x				
Termino de protocolo																			x	x		

GLOSARIO

A.N.E. Antes de nuestra era.

CONAPO: Consejo Nacional de Población

FSH: Hormona Folículo Estimulante.

GH: Hormona de Crecimiento

HDL: Lipoproteínas de alta densidad o colesterol bueno

HHO: Eje neuroendocrino Hipotálamo Hipófisis Ovario

HHS: Eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenales

IGF-I: Factor de Crecimiento Insulino Símil

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

IU: Incontinencia Urinaria

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

IUM: Incontinencia Urinaria mixta

IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia

LH: Hormona Luteinizante.

LDL: Lipoproteínas de baja densidad o colesterol malo.

NPY: Neuropeptido Y

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SHBG: Glóbulos transportadores de hormonas sexuales.

SNC: Sistema Nervioso Central

VLDL: Lipoproteínas de muy baja densidad.